

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Fülgyógyászati közlemények.

Böke Gyula tanártól.

Három csecсныujtvány felvését mutattam be a f. évi február 24-dikén tartott közközházi orvostársulat ülésében, mind a három eset külön-külön úgy a kórtünemények és kórlefolyás, valamint a felvétel indikációja, a műtét kivitele és a csecсныujtványban talált leletek szempontjából igen tanulságos.

Az eseteket egyenként leírom és a kórtörténet után mindegyikéhez az epikritikus megjegyzéseket csatolom.

I. Tizennégy gramm súlyú cholesteatom a csecсныujtványban.

A 29 éves erőteljes férfi február hó 12-dikén vétette fel magát a szt. Rókus-kórház fülbeteg osztályán. Előadása szerint 7 éves korában scarlatinát állott ki, mely után bal füle folyt, a fül-folyás 12 éves korában szűnt meg és 1891-ig semmi baja sem volt, csak hallása volt ezen fülén csökkentve, ekkor állítólag meghűlés után ugyancsak bal fülében fájdalmak állottak be, melyekhez fejfájás járult; három hónapig húzódozott fülbántalmával és időközben váltakozva majd jól érezte magát, majd heves fájdalmak nyugtalanították, míg végre a fül- és fejfájások állandók lettek, füle környéke megdagadt, füle ugyan nem folyt, azonban orvosa tanácsára Kolozsvárra ment, hol Brandt tanár a csecсныujtványt felvéste, erre a sebnyílásból és a fülből igen sok geny ürült ki, a csecсныujtványon ejtett seb három hó után begyógyult és a fül-folyás megszűnt. Ezen időtől fogva folyó év január elejéig egészen jól érezte magát, ekkor füle ismét folyni kezdett, február elején füle mögött fájdalmas daganat keletkezett és e végett kereste fel osztályomat.

Vizsgálatnál a jobb oldali fül hallóképessége rendes, a dobhártya azonban a mellső-alsó körszélén félhordalakúan elmeszesedett, miből azt lehet következtetni, hogy 7 éves korában kiállott vörheny alkalmával ez a fül is bántalmazva volt.

Baloldalt a fülkagyló mellfelé eláll és pedig az által, hogy a mögötte levő barázda pirosszínű dagadt kültakarótól ki van töltve, a megdagadt kültakaró a halánték felé húzódik, térsztapintatú és a csecсныujtvány mellső felére is terjed, a külső hangvezeték irányában hátrafelé egy centimetryire igen fájdalmas pontra akadunk, a csecсныujtvány hátsó felén keresztalakú bőrheget lehet látni, mely az e helyen kissé behorpadt csonttal erősen összenőtt, itt a kültakaró nem duzzadt és rendes színben van, e helyen az erősebb nyomás sem okoz fájdalmat, a bal külső hangvezeték szürkés-sárga geny ürül ki, a külső hangvezeték belülré megszűkült és kivált annak hátsó felső fala befelé süllyedt, úgy hogy fenéke felé töleszerű alakot mutat, melynek végén a dobhártyát vagy annak egyes részeit megkülönböztetni nem lehet, látható azonban a felső-hátsó falból lenese nagyságú polypusos kinövés, melyet kutaszszal felemelni lehet, mire a mögötte összegyűlemlett geny nagy mennyiségben kifelé tödul.

A betegnek hőmérséke úgy a felvételi nap esteli idejében, valamint másnap reggel 37.2, közérzlete egészben véve

nem rossz, étvágya jó, éjjel is néhány óráig jól alszik, mire fülfájdalmait által háborgatva lesz.

Hallóképessége a baloldali fülön az acumeterre nézve = 0, a Weber-féle kísérletnél a hallásbenyomás a beteg fülön élénkebb.

Mindenekelőtt indicálva volt, hogy a külső hangvezeték fenekén levő polypusos kinövést eltávolítsuk, hogy ily módon a genynek szabad utat a kiürülésre alkossunk, és kanállal tehát ezen kinövést eltávolítottam és erre a beteg megkönnyebbülve is érezte magát, sőt nyomás a csecсныujtványra kevesebb fájdalmat idézett elő.

A csecсныujtvány fölötti daganat, az antrumnak megfelelő fájdalmas hely, a külső hangvezeték hátsó-felső falának az üreg felé látható lesüllyedése, a folytonosan tartó, ha rövid ideig is szünetelő fül- és fejfájások a genyes kór-folyamat, melynek termékét a dobüregből kibugyogni láttuk, azon körképet tüntették fel, mely a dobüregben levő genyező lobnak áttörését a csecсныujtvány üregére jellemzi, ezt annál inkább felvehettük, minthogy a beteg 6 év előtt szintén ily bajban szenvedett és így fennállott a javulat, hogy a csecсныujtvány üregében meggyűlemlett genynek szabad utat nyissunk és az ott netalán létrejött elroncsolt csontot eltávolítsuk, szóval a csecсныujtvány felvétele mint vitalis javulat fennállott.

Február 13-dikán a csecсныujtvány felvétele narcosisban történt, a bemetszés a dagadt kültakarón át egész a csontig 6 centimetrynyi hosszú vonalban egy centimetryre a fülkagyló mögött ezzel párhuzamosan ejtetett meg, mire a periostealis geny nagy mennyiségben ömlött ki, a lágyrészek a csonthártával együtt mell- és hátrafelé tolatván, horgok segítségével mell- és hátrafelé rögzítették, úgy hogy a csecсныujtványt egész kiterjedésében jól áttekinteni lehetett, a vérzés csillapítása után az egész csontfedőt kékes színben lehetett látni, a csecсныujtvány hátsó szélén az első alkalommal történt megnyitás után visszamaradt csontheg látszott, míg a külső hangvezeték felső szélével egy vonalban hátrafelé az antrumnak megfelelő helyen a csontfedőn kis lenesenagyságú egyenetlen szélű defectus tünt fel, melyen át a cholesteatomának gyöngyházfényű burka látszott.

Ezen kis lenesenagyságú defectus körül minden irányban nemcsak az egész csecсныujtvány csontfelülete lett vésővel eltávolítva, hanem a külső hangvezeték hátsó csontfala is, erre feltűnt az egész nagy üreget kitöltő cholesteatoma, melynek külső felülete hagymaszerűen egymásra tapadó összefüggő nagy fehér lemezekből állott; midőn ezen dionagyságú képletet üregéből kanállal kiemelttem, annak bennéke és azon része, mely a dobüreg felé feküdt, mint szétesésben levő igen bűzös sötét barna-vöröses törmelék tünt fel, úgy hogy ezen elváltozásnál fogva sem lehetett volna a külső hangvezeték vagy a dobüreg felől a cholesteatomot felismerni vagy annak jelenlétére gondolni.

A cholesteatomot magában foglaló dionagyságú üreg, mely mell- és befelé a dobüreggel egybeolvad, kékes színű duzzadt nyákhártyával van bevonva, melyen kis szigetként lenesenagyságú fehér színű foltok láthatók; ezen kórosan elváltozott nyákhártyát és kanállal kikaptam, hogy ilyformán a cholesteatom termő ágát kiirtsam és midőn ezen eljárásomat szorgosan végeztem, tiszta fehér eburnizált csontfalakra akadtam.

A műtét ily módoni bevégzése után az egész üreg jodoform-gaze-zel lett kitömve, sterilgaze-zel befedve és pólyakötés alkalmazva.

A beteg a műtét bevégzésével a narcosisból felébredve egészen jól, megkönnyebbülve érezte magát, a nap folyamán sem fül-, sem fejfájdalmi nem voltak és az éjjelt nyugalmas álomban töltötte.

Harmadnapra a műtét után a kötés megújítása alkalmával az üregben semmi geny, hanem szép piros sarjadzás mutatkozik.

A műtét utáni 12-dik napon, midőn a betegbemutatás történt, a fülből a genyedés igen csekély, úgy hogy néhány napig az egészen száraz marad, a sarjadzás az üregben szépen előre halad és midőn most a külhangvezetékét megvizsgáljuk, látható, hogy annak felső hátsó fala retrahálódik és jobb betekintést enged olyképen, hogy constatálható, miszerint a dobhártya egészen elpusztult és hogy a külső hangvezeték bőrfelülete mintegy folytatásképen a dobüregbe húzódik.

A beteg hallóképessége ezen fülön javult, úgy hogy az acumetert 5 centimeter távolságban hallja.

A cholesteatomot, miután már napokon át spiritusban fektűt, megmértem és a fent jelzett súlyt mutatta.

Ezen esetben feltűnő, hogy ily nagyfokú elváltozás mellett a tünetek oly csekélyek valának, mit csak oly módon lehet magyarázni, hogy a cholesteatoma körül a csontház ugyan usurálva lett, elhatároló lob által azonban falai elefant-esont kemények lettek. Ha tekintetbe vesszük, hogy a fossa sigmoidea fala mily vékony és a legtöbb esetben már heveny antrum empyemánál elpusztulva találtatik, ha tekintetbe vesszük, hogy sem a tympani, sem a canalis fallopiae sem az iverk, de még a tömkeleg is érintetlen maradt, esetünket unicumnak kell tartani. A cholesteatoma tudvalevőleg mind ezen területeket növekedésével elroncsolja, sőt áttör a koponyatüregben és ott halált hozó elváltozásokat idéz elő.

A cholesteatoma létrejötte és növekedésének viszonya az imént említett roncsolásokra nagyon is alkalmas; már Trötsch vizsgálataiból azon eredményre jutott, hogy a hallószervben keletkező cholesteatoma desquamativ lob terménye, újabb időben Bezold azoknak keletkezését úgy magyarázza, hogy az elroncsolt dobhártyán át a kültakaró áterjed a dobüregre és hogy ezen felhámval ellátott felületen a felhámsejtek folytonos leválásával van a cholesteatoma létrejöttének feltétele megadva; az ily természetű kórfolyamat a dobüregből az aditus ad antrum útján a csecssnyujtvány üregébe, sőt minden kötszövettel kibélelt sejtecskébe is terjeszkedvén, mindenütt cholesteatomot termelhet, úgy hogy az egész sziklaesont ily módon elpusztulhat.

Esetünkben valószínű, hogy a cholesteatoma ily módon jött létre és pedig 1891-ben, midőn az első operatio után állítólag a genyedés a fülben megszűnt; a beteg felvételénél a kórházba ugyanis a dobhártyának nyomát sem lehetett találni és a műtét után egészen határozottan lehetett constatálni, hogy a külső hangvezeték bőrfelülete folytatódásgosan a dobüregre áterjedt.

A mi a cholesteatoma gyakoriságát illeti, tapasztalatom szerint az ily tömegben, mint a mostani esetben, ritkán fordul elő; a múlt évben, midőn az osztályon 36 csecssnyujtvány fel lett vésve, segédem Schwartz dr. szabadságom idejében szintén egy meglehetősen tömegű cholesteatomát távolított el; az eset csak annyiban különbözött, hogy a csecssnyujtvány felületén sipoly nyílás volt, melyen át a megnyitás történt és az üregben a jókora nagyságú felhámlemezes képletet találta. Kisebb, kis borsó- vagy kendermagnagyságú göbök, melyek azonban nem annyira felhámsejtekből, mint inkább fehéres-sárga törmelék-ből állanak, nem ritkán találhatók csecssnyujtvány felvésesek alkalmával, midőn a fülbántalom már hosszabb idő óta fennáll.

A gyógyeredményt illetőleg arra kell törekedni, hogy a cholesteatoma helyét jó sarjadzás foglalja el, mely képes az üreget kitölteni és annak tökéletes benövését létrehozni; hol ezt elérni nem lehet, célszerű az üreget nyitva tartani, hogy ily módon képesek legyünk a cholesteatoma újraképződését megakadályozni.

(Folytatása következik.)

A nyak gümös nyirokmirigyének subcutan kiirtása.

Doblinger Gyula egyet. ny. rk. tanártól.

(Folytatás.)

Az alsó mély nyaki nyirokmirigyek a kulcsesont feletti árokban és a közös torkolat és kulcsesont alatti visszer közötti szögletben fekszenek, fedve a nyakpólya felületes lemezétől és részben a fej négyes ikerizmának eredésétől. E mirigyek rendszeren együtt betegszenek meg a felsőkkel és rendszeren velük együtt távolítandók el mindazon nyirokmirigyek, a melyek a st. el. mast. hátulsó és a csuklyás izom mellső széle között fekszenek. Ilyen esetben az elevatoriummal először a bőrsébből a legfelső mirigyig készítek utat, azután ezt fogóval megragadom, általa a vele összefüggő többi mirigyeket a seb közelébe húzom és elevatorral vagy egy csukott hosszú Cooper-olló száraival kifejtem. Ha a pamat leszakad, akkor horgas fogóval nyúlok a kulcsesont feletti árokban levő mirigyekért. Ezek laza zsíradékban fekszenek és ha egyszer jól megragadtam, könnyen emelhetem fel legalább a nyak közép-magasságáig, a hol már a mutató ujjammal, vagy esetleg a kanállal elérhetem. Ha a bőrsébből távol fekvő mirigyek a fogó elől kitérnek, akkor a másik kézzel a mirigyeket a bőrön át megfogjuk s a fogó elé vezetjük. Ezért, a mint már említém, az ilyen esetben az egész nyakat, a vállat és a mellkas felső részét is desiniciáltatom.

A mirigyecsoportokat bonczani beosztásuk szerint csupán azért tárgyaltam, hogy az egyes tájak szerint felmerülő műtéti nehézségeket és szükséges fogásokat csoportosíthassam. A gyakorlatban a gümös beszűrődés csak ritkán szorítkozik egy csoport mirigyekre, hanem rendszeren az egyik csoport mirigyek között van egynehány beszűrődve s egy másik, többnyire vele határos csoportból szintén egynehány. Tíz esetben az egyik nyakoldal összes mirigyek be voltak szűrődve, 4 esetben pedig mindkét oldal összes mirigyek. Egyébként a műtött 33 beteg közül jobboldalt 12-nél, baloldalt 14-nél, mindkét oldalt 7-nél történt műtét.

Az ilyen műtét menetének illusztrálására szolgáljon a következő kórtörténet:

2. 18 éves, színész, nyaka jobboldalának úgyyszólván összes nyirokmirigyek meg voltak nagyobbodva. Műtét 1896. augusztus 21-dikén. Először a m. st. el. mast., a m. cucullaris és a kulcsesont által határolt háromszög összes megdagadt mirigyit távolítottam el, a melyek erősen össze vannak nőve a környezettel. A m. st. el. mast. felső vége alatt levő mirigyek szintén erősen össze vannak nőve. Egynehány nagyobb mirigy az állkapocs alól választatik ki. A vena jugularis communis minden oldalról le a kulcsesontig megnagyobbodott mirigyek veszik körül, a melyek azonban meglehetősen könnyen vonhatók le a vivő-érrel. A műtét végével a vena jugularis communis egész hosszában szabadon fekszik a tasakban. A műtét alatt a sajtos mirigyek többször megszakadtak és tartalmuk a sebbe ürült, a honnan ez steril wattatamponokkal ki lett törölve. A kiirtott mirigyek súlya 82 gm. A műtét öt negyed-órát tartott. A seb alsó sarkába vékony drainsövet varrtam. Augusztus 26. Kötés levétel, semmi reactio, a drainsóban alvadt vér, a mely itt-ott kezd szétmálni. A varrat és a drainsó eltávolítása. Szeptember 3. gyógyult. Láza egyszer sem volt. Szeptember 15. Bemutatja magát, a nyak műtött oldalán semmi eltérés.

3. A. A. 27 éves, szobaleány. Egy év óta vannak dagadt mirigyek a nyak jobb oldalán. Subcutan műtét 1896. szeptember 16. Egynehány mirigy a m. st. el. mast. mögött, 2-3 diómelegkoraságú a nyak közép-magasságából, a m. st. el. m. előtti tájékról, 2 mogyorónyi a parotis alsó csücskének tájékról és 2 majdnem diómelegkoraságú az áll alatti tájékról az álesűcs közeléből irtatik ki. A mirigyek nem sajtosak. Teljes bevarrás drainezés nélkül. A műtétnél jelen volt Kümmel dr. Hamburgból. Szeptember 23. A kötés levétele. A nyak kissé duzzadt. Fonálkiszedés. Vájt kutatóval a sebbe hatolok, a melyből néhány gm. tiszta savó folyik. Október 2. A duzzanat elmúlt. Teljes gyógyulás.

A mirigyek szöveti állapota lényeges befolyással van a műtetre. A legelső műtött esetemben a nyak mindkét oldalán mirigyek évek óta meg voltak dagadva és minden localis és általános gyógykezeléssel dacoltak. A műtét alatt kint, hogy a mirigyek sajtosak voltak, de a tokjuk a mellett oly vastag és szívós volt, hogy ki tudtam őket irtani a nélkül, hogy sajtos tartalmukból nagyobb mennyiség a szövetek közé

került volna. A per primam gyógyulást akkor e körülménynek tulajdonítottam és olyan eseteket, a melyekben a mirigyekben genyt gyanítottam, subcutan kiirtásra nem ajánlottam. Azonban a mint a tapasztalat nemsokára megmutatta, csak az olyan eseteket lehet biztosan felismerni, a melyekben már nagyobb mirigyfolyókák vannak jelen, míg más esetekben a mirigyek nem is igen nagyok, mogyorónyiak vagy diónyiak, a bőrön át vizsgálva kemények és mozgékonyak s daczára ennek a műtétnél kiténik, hogy minden mirigy szövete szét van esve és mindegyikben van egy nagyobb vagy több apró tályog, a melyek majdnem az egész mirigyet kitöltik, úgy hogy a mirigy szöveteiből csupán egy 1—2 milliméteres kéreg maradt meg, a mely szintén tele van ugyan apró miliaris tuberculummal, de még szét nem esett s úgy látszik meggátolta, hogy a mirigyfolyó a mirigytokot áttörje. Ha e mirigyeket a kiválasztás közben ujjaikkal erősebben megnyomjuk, vagy ha a fogóval megfogjuk, akkor fellazult tokjuk megszakad és gümös tartalmuk elárasztja a műtét területét. Első eseteimben ezekkel szemben fatalista voltam és épen ezért sem tisztítottam ki talán kellőleg a műtét befejezésével a sebüreget, egyszóval az első 3 ilyen esetben a sebüregben gümös beszűrődés fejlődött, a mely csak hosszas kezelésre gyógyult meg s azért ezen eseteim alapján az 1895. április hó 27-dikén a budapesti kir. orvosegyesületben tartott betegbemutató alkalmával odanyilatkoztam, hogy az ilyen esetek a subcutan műtetre nem alkalmasak. Azonban még ugyanazon év június hó 1-jén mutathattam be az egyesületben egy 16 éves leányt, a kinek a tarkóján a m. sterno-cleido-mastoidea mögött egy gyermekkölnyi gümös tályogja volt, a mely felett a bőr még nem volt megbetegedve, a tályog alatt pedig m. st. cl. mastoideus és m. cucullaris közötti háromszögben több mirigye. Kísérletképen a tályogot az occipitalis seben át írtattam ki és falainak gondos száraz kitörülése után a tályog üreg alsó falát áttörve ezen keresztül hatoltam előre az alatta levő mirigyekhez s azokat is az occipitalis seben át távolítottam el. Számítottam arra, hogy esetleg kénytelen leszek egy kis ellennyilást a nyakon készíteni, de meglepetésemre a seb per primam begyógyult, egy kis idő múlva ugyan az alsó sarkában egy kis pörk képződött, de az az alatt levő lenesényi fekély egy néhányszori tussolásra argentum nitricummal begyógyult s a kulesesont feletti árokban a kiirtott mirigyek helyén eleinte érezhető csekély beszűrődés csakhamar teljesen felszívódott.

Az igen érdekes eset részleteiről és későbbi sorsáról még alantabb referálok, de ezen eset új reményt öntött belém az iránt, hogy a genyt tartalmazó gümös mirigyek kiválasztása után nem kell okvetlenül genyedésnek bekövetkeznie, a mit nemsokára egynéhány esemben megvalósítva láttam.

4. 12 éves leány. Gümös mirigyek a nyak jobb oldalán a m. st. cl. mastoideus mögött, alatt és előtt (Bókay J. tanár betege). Subcutan műtét 1895. április 10-dikén. A mirigyek sajtosak. A seb bevarrása, alsó sarkában vékony drainső. Gyógyulás per primam. A nyak bal oldalán ekkor csak borsónyi mirigyek voltak érezhetők. 1896. márczius havában a beteget újra elhozzák. Ekkor a nyak műtött jobb fele egészen rendes, ellenben a baloldali mirigyeknek legnagyobb része mogyoró- egész diómekekoraságú, a mirigyek mozgékonyak, csupán a m. st. cl. mast. felső feje alatt fekvők tűnnek fel kissé lobosoknak. Subcutan műtét 1896. márczius hó 5-dikén. A felső mirigyek csupán sajtosak, ellenben a m. st. cl. mastoideus alsó vége körül fekvők és azok, a melyek a közös torkolati vívőeren fekszenek, valamennyien gümös genyt tartalmaznak, közülök a kiszedésnél egynéhány megpukkad és tartalma kiömlik. A sebüreg gondos kitörülése száraz steril pamuttal, azután egy vékony drain behelyezése a sebüregbe és a seb bevarrása. Semmi reactio. Ötöd nap a varrat és a drainső eltávolítása. A drainső helyének megtussolása argent. nitricummal. Nyolczad nap a pörk leválik, s a reá következő 10 nap alatt a drainső helye még egyszer megismételt tussolásra begyógyul.

5. 21 éves viruló kinézésű hölgy. A bal m. st. cl. mast. mögött le a kulesesontig az összes mirigyek dagadtak. Az állkapocs alatt egynéhány mogyoró- egész diómekekoraságú (Korányi Fr. tnr. betege). Subcutan műtét 1896. május 26-dikén. Daczára annak, hogy a mirigyek mind mozgékonyak voltak, a műtétnél kiténik, hogy minden mirigyben van egy nagyobb vagy több apróbb, nyúlós genyt tartalmazó tályog. Ezek közül több a kiszedés alatt megpukkad. A sebtasak száraz, steril kitörülése, a seb bevarrása, az alsó sarkába egy vékony drain. Negyed nap a varrat és a drain eltávolítása. A seb összetapadt. Ez utóbbiban alvadt vérrög. Új kötés, a mely a hetedik napig marad. Ekkor a drainső helyén egy kis pörk van. Ennek eltávolítása s az alatta levő kis fekély tussolása argentum

nitricummal. Egynéhány nap alatt gyógyulás. Fél évvel később a beteget újra láttam. Kiújulásnak semmi nyoma. A nyak alakja egészen rendes. A bőr mindenhol felemelhető és eltolható, úgy mint az egészséges jobb oldalon.

6. 21 éves műlakatos. A m. st. cl. mast. felső vége előtt az áll alatt egy tojásnagyságú mirigypakéta. A subcutan műtétet 1896. június 24-dikén Kopicz Jenő dr. segédem végezte. A műtét alatt a mirigyek megpukkadnak s a geny elárasztja a sebtasakot. Kitörülés, bevarrás és drainső mint a fentebbi esetekben. Június 30-dikén a varratok kiszédése. A drainső eldugult, kivétele után a helyéből mintegy 40-0 tiszta savó nyomható ki. A drain visszahelyeztük és csak július 6-dikén távolítottuk el teljesen. A midőn a kötés július 14-dikén ismét levétett, a drainső helye is be volt gyógyulva. A st. cl. m. előtt, a hol a mirigyek feküdtek, egy kis beszűrődés.

Ezen kóresetekből kiténik, hogy azon körülmény, miszerint a mirigyekben tályogok fejlődtek, feltéve, hogy azok még nem törték át a mirigytokokat és hogy a bőr felettük még nem lobos, nem zárja ki a per primam gyógyulást. Én ezen esetekkel a műtét után épen úgy bánok el, mintha a mirigyekben nem lett volna geny, t. i. a sebtasakot szárazra kitörülöm, drainezem és bevarrom. A műtét után netalán fellépő genyedésről alantabb lesz szó. A műtét befejezése után a sebet selyemfonállal, szücsvarrattal varrom be. Drainsövet az első eseteimben nem alkalmaztam. Ezen esetek némelyikében a sebtasakban, a melyet a nyakon, a kötéssel nem lehet erősen comprimalni, nagyobb savós transsudatio történt. Ilyenkor az első kötésváltoztatáskor a műtét után való 4—6-od napon a vájt kutatóval a seb alsó sarkán behatoltam a tasakba, mire a kutató barázdáján át mintegy 10—15 gramm tiszta savó folyt ki. Azonban később az olyan esetben, a melyben a mirigyek genyesek voltak, a sebüregbe egy vékony drainsövet helyeztem s azt a seb alsó sarkában a varrat utolsó öltésével megerősítettem. Újabban ismét olyan esetekben, a melyekben nem voltak genyes mirigyek, a sebtasakot nem draineztem, hanem szücsvarrattal úgy varrtam be, hogy az utolsó öltés meghúzása előtt a tasakból a levegőt teljesen ki-nyomtam, hogy a fonál meghúzása után a légmentesen bezárt tasak külső falát a levegő erősen odanyomja az alapjához s így pótolja a kötéssel való compressiót.

A kötés steril, száraz Bruns-féle pamutból áll, a melylyel a nyakat, tarkót s a fej hajás részét befedem s ezt a capistrum duplex szabályai szerint organtinpólyával erősítem meg. A beteg 8 napig az ágyban marad és azon utasítást kapja, hogy fejét lehetőleg keveset mozgassa. Ha a seb drainezve lett, akkor a kiszivárgó savós váladék néha keresztül üt a kötésen. Különben a kötést rendszeren 4—5-öd nap változtatom meg, ekkor kiszedem a fonalat és a drainsövet. A drainsőben többnyire alvadt vér vagy rostonya van, a mely néha itt-ott kissé szétfolyó. A második kötés ismét 4 napig marad és rendes, jól lefolyó esetekben, ekkor a drainső helye is begyógyult. A beteg azután még egynéhány napig fedő kötést visel. A 10—14-dik napon rendszeren már semmi nyoma sincsen a műtétnél, néha a nyak vagy a mellkas bőrében kisebb kiterjedésben vérfestenyifoltok látszanak, a melyek szintén csakhamar elmúlnak. A nyak alakja ekkor már egészen rendes, a következő hetekben a bőr is mozgékony lesz és a műtét utolsó nyomára, a fej occipitalis részén levő hegre is csakhamar reáborul a kinövő hajzat. Hölgyek különben azonnal a kötés eltávolításakor megmaradt hajzatukkal olyan ügyesen fedik el fejük megberetvált részét és rajta a heget, hogy annak semmi nyoma sem látható.

A műtét tartama nagyon változó. Az első műtéteimnél minden kiirtandó mirigyet látni akartam s a vérzéstől félve, úgyszólván minden mirigyet külön fejttem ki. Ezért az első műtétem jóval tovább tartottak mint a mostaniak, a midőn megtanultam a mirigyeket ujjal kitapintani s a nélkül, hogy előhúzzom, ujjal és elevatoriummal kiválasztani. Csupán a nagy edények körül levő mirigyeket húzom a sebbe, a mi elkerülhetetlenül szükséges, ha erősebben vannak a környezettel összenöve. A fentebb felsorolt kórtörténetek közül az 1. és 2. alatti két eset körülbelül a két véglelet mutatja, az 1. számú műtét 5 perczig, a 2. számú $\frac{5}{4}$ óráig tartott.

Ha a nyak mindkét oldalának nyirokmirigyei gümösek,

azokat egy narcosisban szedem ki. E szabálytól csak akkor térek el, ha a beteg a prolongált narcosis rosszul tűri.

Eddig azon esetekkel foglalkoztam, a melyekben a műtétet per primam gyógyulás követi. Ez 40 esetem közül 30-nál következett be, míg 2 esetemben, a melyekről fentebb részletebben szólottam, a vena facialis communisból származó vérzés miatt tamponáltam s ezek közül 1 secundaer varrattal, de genyedés nélkül gyógyult. A fenmaradó 9 esetben a per primam gyógyulás elmaradt. Ezek közül 2-ről már az első közléseben referáltam, t. i. első eseteim közül egyet az akkor még nem teljesen desinfectált hajzattal, a másiknak sebét a ehloroformkosárral fertőztük be és még egy harmadik betegnél is hajlandó vagyok külső fertőzést felvenni, míg a többi 6 betegnél a per primam gyógyulást a sebtasakban kiújuló gümös folyamat gátolta meg. Ezek nem mind olyan betegek, a kiknek mirigyei a műtét alkalmával már genyések voltak, hanem vannak közöttük olyanok is, kiknél a mirigyekben csak apró sajtos góczok voltak. Feltűnő továbbá, hogy 11 magánbetegem közül, a kiknek 14 nyakoldaláról irtottam ki mirigyeket, daczára annak, hogy azon két nőbeteg, a kinek kórtörténeteit fentebb 4. és 5. sz. alatt közöltem és a kiknek genyes mirigyeik voltak, szintén e sorozatba tartozik, csupán 1-nél lépett fel a műtét után genyedés s ezen betegnél már a műtét előtt tüdőinfiltratio constataltatott. A többi genyedés, a mely a műtét után mutatkozott, mind többnyire rosszul táplált kórházi betegeknek lépett fel. E körülmény a mellett látszik szólani, hogy a műtét utáni per primam gyógyulás vagy gümös genyedés esélye nem csupán a mirigyek szöveti állapotától függ, hanem jórészt a beteg általános tápláltságától és szöveteinek a gümös virussal szemben való kisebb vagy nagyobb ellentálló képességétől is.

Ha külső befertőzés nem történt, hanem a per primam gyógyulás a gümös folyamat miatt marad el, azt nem jelzi lázas hőmérséklet, hanem a mikor a fonálkiszedés végett negyed nap levettem a kötést, a drainesóban vérrög helyett genyet találtam, sőt egyszer-mászor ezenkívül is volt a tasakban egy kevés geny. A seb többi része azért összetapadt. Ilyenkor a genyt kinyomom s a drainesó helyén fenmaradt résen hosszú argentum nitricum pálczát dugok a sebüregebe, azt abban 2—3 másodperczig fekve hagyom s azután a sebet bekötöm. Két így gyógykezelt esetemben megtörtént, hogy egynehány nap mulva, a midőn az ezüst pörköt a sebüregből kinyomtam, a seb tiszta volt s a következő napokban begyógyult. Ha azonban újra képződött geny, akkor régebben a tusolásokat megismételttem, de az már nem használt s azért most az ily esetben a sebürege alsó végében egy öt milliméteres kis ellennyilást készítek és drainesövet húzok be. Két esetemben erre a genyedés gyorsan megszűnt, a drainesövet egynehány nap mulva el lehetett távolítani és az ellennyilás helyét csupán egy pontszerű kis heg jelölte. Azonban öt betegnél és e közt van ama három is, a kiknél mint fentebb említém, külső fertőzés történt, a genyedés soká tartott és több ellennyilást tett szükségessé, a melyek hosszadalmasan genyedő sipolyokká alakultak át.

Az eredmény tehát a gyógyulás menetét illetőleg a következő:

1. Per primam gyógyult	30
2. Másodlagos varrat után gyógyult genyedés nélkül azon egyik eset, a melynél a vena facialis communis megszakítása miatt a sebüreget tamponáltam	1
3. Rövid ideig tartó genyedés, a mely ellennyilást nem tett szükségessé és argentum nitricummal való étetésre megszűnt volt	2
4. Genyedés, a mely megszűnt, mihielyt ellennyilást készíttettem volt	2
5. Hosszabb ideig tartó genyedés, a mely miatt a nyakon ellennyilásokat kellett készíteni volt	5
	40

(Folytatása következik.)

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közli: Tóth István dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Kétségtelen, hogy előző tapasztalatok után rendkívüli fejlettségű magzatot feltételezve, rendes medence mellett is előtérbe léphet a prophylaktikus fordítás mérlegelése. Minden esetre azonban ritka kivétel lesz, hogy rendes medence mellett álló buroknál, vagy közvetlenül a magzatvíz elfolyása után — a mikor még a fordítás kedvező kilátásokat nyújt — valaki ily indicatio alapján e műtétet végezze, már csak azért is, mert a magzat fejlettségi fokának (túlfejlettségének) olyan pontosabb meghatározása, a mely alapon egy minden esetre nem veszélytelen beavatkozás, műtét indicatiója épülne fel, előzetesen alig eszközölhető, arról rendesen csak a szülés folyamata alatt szerzünk biztos meggyőződést.

Ha acceptáltuk a magas-fogót, úgy kétségtelen, hogy számos ily esetben jó segítséget fog nyújtani és nem egy esetben megóv az élő magzat perforációjától.

De rendesen is csak már akkor jövünk ily esetekben a szüléshez, a mikor a magzat túlerős fejlettsége okozta térránság következményei: a szülés elhúzódása stb. hívták fel a környezetet arra, hogy orvoshoz forduljon, s ilyenkor a legtöbb esetben el is mult azon időpont, a mikor még a prophylaktikus fordítás kivihető volt volna.

A mi pedig a fej hibás tartása okozta relatív térránságat illeti: kétségtelen, hogy ilyenkor előbb gondolhatunk a prophylaktikus fordításra, mert korábban felismerve a helyzetet, kedvezőbb viszonyok között volna az végezhető. Ellene szól azonban az ilyen beavatkozásnak az a tapasztalat, hogy rendes medence mellett még hibás tartás esetén is igen gyakran, sőt legtöbbször lefolyik spontan a szülés; erre tehát jó ideig várhatunk, különösen, ha tudjuk, hogy a várakozás esetén nem rontjuk a helyzetet, mert az utóbb kilátásba vett segítség nem a fordítás, hanem a magas-fogó alkalmazása leend.

Kétségtelen, hogy szűk medenczénél nyilik tág tere a prophylaktikus fordításnak; már pedig éppen a kisebbfokú szűkületeknél nehéz előre meghatározni, hogy egy bizonyos fejlettségű fej át fog-e haladni vagy sem, kivált, ha az előző szüléseket (a mennyiben voltak) nem észleltük, ha nincsenek adataink arra nézve, mekkora fej, minő szülőtevékenység behatása alatt haladott át spontan a medenczén, milyen fejlettségű volt az a magzat, a melynél valamely művi beavatkozás, esetleg kisebbítő műtét vált szükségessé.

De még így is hányszor végezzük feleslegesen a prophylaktikus fordítást? Nem szükséges bizonyítanunk sem; de éppen magas-fogóink köréből egy ecclataus példát hozhatunk fel, mely mutatja, hogy egy ugyanazon szülőnőnél egy nehéz viszonyok között végzett magas-fogó után, a csaknem hasonló módon megindult következő szülés spontan folyhat le, oly előzmények után, melyek a prophylaktikus fordítást minden esetre igazolták volna.

Ez eset szülési története:

18. sz. eset: P. F.-né (1893. Pk. 1105.) 28 éves, másodszor szülő, 1893. november 24. d. e. 9 órakor kéri a poliklinikum segélyét. Első szülése hosszas vajudozás után spontan folyt le, de a magzat halva született. 36 órája vannak szülőfájásai, magzatvíze 3 óra előtt folyt el, szülőfájdalmai ritkák, gyöngék. Külső vizsgálatnál a méh fundusa jobbra tér el, a magzat feje a medenczebemenet fölött mozgatható, mérsékeltén balra kihelyezve, szívhangok jók. Belső vizsgálatnál tűnőfélben levő méhszáj, a medenczebemenet fölött mozgatható fej. A medence méretei sp. 25, cr. 28, conj. ext. 18 cm; a promontorium könnyen elérhető, conj. diag. 11 1/2 cm., linea innominata elég jól kitapintható, tehát általában szűk (I. fokban szűkült) medenczével van dolgunk.

Egyelőre semminemű művi beavatkozás indicálva nem lévén, a szülőnőt, a fej kitérését megakadályozandó, bal oldalára fektetjük.

D. u. 2 1/2 órakor: a szülés daczára az erősebb fájásoknak, csak keveset haladt, a mennyiben a fejet még mindig a medenczebemenet fölött találjuk, de arra erősen reányomulva harántul, nyilvarrat jóval a középvonal mögött, jelentékeny fejdaganat. T. és P. rendes, szívhangok jók; várakozunk.

D. u. 6 órakor: a szülés nem haladt, a fej rányomulva a medence bemenetre, nagy fejdaganat. A nyilvarrat harántul, hátrább, kifejezett Naegele-féle obliquitas. A szülés hosszú tartama, előre nem haladása, a méh alsó szakaszának erősen megnyúlt, érzékeny volta a szülés befejezését sürgeti, daczára, hogy láz nincs. Forlításról immár szó nem lehet, ezért a magas fogót (Tarnier) alkalmazzuk (chloroform narcosisban). A fej néhány húzásra keresztül jut a medencebemeneten, majd a fogó meglazítása után rendesen forogva, második állásban születik meg.

A magzat jól fejlett leány, hossza 50 cm., fejkerülete 35.5 cm.; a bal fulesontan alma nagyságú fejdaganat, a jobb fulesontan a bitemporális átmérő mögött egy a promontorium nyomásából eredő hüvelyknyi mély behorpadás.

A harmadik időszakban a méh a lepény leválása után sajátos configuratiót vett föl: egy a közepén levő haránt befűződés egy felső s egy alsó részre osztotta, az előbbi az összehúzódott méhtest, az utóbbi a lepényt s véralvadékokat tartalmazó kinyúlt méhnyak.

Mérsékelt atonikus utóvérzés. Irrigatio alatt a nyakcsatorna ép voltát konstatálhattuk. Rendes gyermekágy.

A gyermek 2 év múlva is ép, jól fejlett. Ugyane nőnél 1895. december 16-dikán III dik szülésénél újból kéri a poliklinikum segélyét:

Terhessége végén kezdődnek szülőfájásai, bábája harántfekvést talál s e miatt kéri az orvosi segélyt.

Külső vizsgálatnál ferdefokvást találunk, a fej baloldalra kitérve a csipőtantervön fekszik; a hüvelyben a jobb kéz s a lüktető köldökzsinór tapintható (a burok röviddel a vizsgálat előtt repedt meg.)

A szülést vezető orvos reponálja az előesett kart, illetőleg köldökzsinórkacsot, a fejet a medencebemenet fölé hozza s célszerű fektetés által iparkodik a fej állását biztosítani.

Az erőyes szülőtevékenység alatt a fej rányomul a medencébe s nehéz vajadás között ugyan, de 4 1/2 óra múlva keresztül jut a bemeneten, majd egy 1/2 óra multán spontán fejeződik be a szülés élő magzattal, mely gyengébb fejlettségű, mint az előbbi magzat (hossza 49.5, fejkerülete 34 1/4), feje a nagy ferde átmérő irányában erősen megnyúlt, nagy fejdaganattal. Gyermekágy láztalan.

Ha végig tekintünk e két szülés lefolyásán, lehetetlen azon gondolat elől kitérni, hogyha egy ugyanazon szakember van jelen mindkét szülésnél, úgy a II-dik esetben aligha reponálta volna a fej mellett előesett kart, köldökzsinórt, hanem szűkült medence mellett éppen az adott körülmények s az előző szülés tapasztalatai arra indították volna, hogy fordítás útján kedvezőbb kilátást nyújtson a szülés lefolyására.

S lám, daczára annak, hogy mindkét szülésnél nagyon hasonló helyzetek forogtak fenn, mégis az első esetben a cervix kinyúlása, a ruptura veszélye beavatkozásra kényszerít (magas-fogó), míg a második esetben a viszonyok kedvezőbb változtatál spontán folyik le a szülés. Legalább is felesleges volt volna tehát a prophylaktikus fordítás.

Ez csak egy konkrét példa, hasonló mindannyian észlelünk.

E közlemény végső fejezetében részletesebben lesz még alkalmunk foglalkozni a szűkmedenczés szülések lefolyásával, illetőleg annak méltatásával, minő tere van szűkült medenczénél a prophylaktikus fordításnak, másrészt a magas-fogónak.

A mi magas-fogóműteteink javallatát illeti, összeesik ez másnemű fogóműteteink indiciójával: befejezzük a szülést, a mikor az anya vagy a magzat érdeke követeli. A táblázatok mutatják az egyes beavatkozások indicióit; összegezve: a 34 fogóműtét közül, illetőleg a 10 fogókísérletet is hozzá számítva a 44 eset közül 24-szer a cervix kinyúlása, a ruptura veszélye kényszerített a beavatkozásra; 10 esetben hosszú kitolás mellett a fej beilleszkedésének hiánya, az anya kimerülése (közte 6 lázas), 7-szer fájdalomgyengeség, hosszú kitolás mellett a magzat életének veszélye sürgette a szülés befejezését; 1-szer eclampsia, 1-szer köldökzsinór előesés, 1 esetben súlyos nephritis miatt fejeztük be a szülést.

Elég alkalmunk van különösen a szülészeti poliklinikum nagy anyagában hosszan elhúzódó koponyafekvéses szüléseket megfigyelni, a hol a vajadás hosszú tartama miatt kéri a baba, még inkább a környezet segélyünket; látunk a medenczében vagy már a kimenethen órákon át álló fejet spontán megszületni, kísérletképen gondos megfigyelés alatt, vagy akaratlanul is 10—12 órai kitolási időszakot is észlelünk minden káros következmény nélkül; de ha a fej erőyes fájások daczára is, eltűnt vagy tűnőfélben levő méhszáj mellett, hosszabb időn át (3—4 s több órán át) nem képes átjutni a medence bemeneten, nagy fejdaganat képződik, majd az anya izgatottsága, szapora pulsusa mellett, a méh alsó szaka-

szának nagy érzékenységet észleljük, vagy lázas (38.5—39 C.) állapot lép fel, nem is említve a méhnyak erős kinyúlása jelétül a contractiós gyűrű képződését: úgy a szülést magára tovább nem hagyjuk, hanem befejezzük és pedig a míg a magzat él, a magas-fogót kíséreljük meg.

A fogót mindig a medence haránt átmérőjében alkalmazzuk, állott bár a fej a ferdeben is, s ezt tartjuk helyesnek, szemben például Winckellel, a ki a ferdeben alkalmazza azt. Igaz, hogy többször kellett újra, másodszor alkalmaznunk a fogót, avagy egy kimeneti fogóval helyettesítettük a magas-fogót, a mikor már a bemeneten átjutott a fej, hogy forgását elősegítsük, de a legtöbb esetben még a legerősebben szorító Tarnier-féle fogóban is forgott a fej, ha ideje korán meglazítottuk a fogó zárát; másrészt a fogó csúcsával való esetleges sértést határozottan így látjuk leginkább elkerülhetőnek. A mi pedig azt illeti, hogy a mikor a fej valamelyik ferdeben mutat beilleszkedést, a haránt átmérőben alkalmazott fogó könnyebben csúszik, erre nézve csak azt mondhatjuk, hogy bár néhányszor észleltük a fogó lecsúszását, de ez soha sem a haránt síkban történt, hanem mindig a függőlegesen s magyarázata az, hogy a magasan álló, illetőleg enormisan fejlett fej megfogásánál a fogó két csúcsa annyira szétállott, hogy így felső részletében mintegy parallel futott a két kanál, természetes tehát, könnyen csúszhatott bármily erős megszorítás mellett is; ennek bizonyossága különben az is, hogy ez esetekben a fogó zárása is hiányos volt, a csatlakozásának megfelelőleg a nyelvek is szétállottak.

A legtöbb esetben narcosisban végeztük a fogó-műtétet, de néhány esetben a nélkül s pedig párszor a környezet, illetőleg a szülő nő ellenzése folytán; egy esetben, a hol az előesett köldökzsinór összenyomása fenyegetett, nem volt időnk a narcosisra; egy másik esetben pedig a légzési nehézségek s a constatatált súlyos nephritis contraindikáltak a narcosist.

Kíváncsnak tartjuk a narcosist már csak azért is, mivel a fogókísérlet eredménytelensége után esetleg az élő magzatnak perforációját kell végeznünk, a minék tudatától minden esetre humanus dolog a már rendszerint úgy is kimerült vajdót megkímélni.

Valahányszor magas-fogót alkalmazunk, teszszük ezt azon indicióból, hogy a szülésnek befejezése okvetlenül szükséges; ha tehát a fogóműtét nem sikerül, a fejet akár a fogó lesiklása, akár a legyőzhetlen téraránytalanság miatt nem tudjuk a medenczén áthozni, úgy minden habozás nélkül a perforációhoz kell látnunk (ha csak symphysiotomiát nem akarunk végezni).

Magas-fogó után a fordítást kizártnak tekintjük. Azon esetekben ugyanis, a mikor szoros indicatio alapján kísérel meg valaki a magas-fogót, annak sikertelensége után a fordítás feltételei nincsenek meg, vagy ha egyáltalán még kivihető is, nagy veszélyű s a mi fő, kevés vagy egyáltalán semmi reményt nem nyújt a magzat életének megmentésére.

Nem mondhatjuk ugyan azt, hogy a melyik fejet lehetetlen volt keresztül hoznunk fogóval, azt nem sikerült volna kifejtetnünk idejekorán végzett fordítás után sem, mint utóljára jövő fejet, éppen mivel van eset rá, hogy a hibás tartás (Naegele-féle obliquitas, hátsó fulesont fekvés) egyik fő akadály a fogó által való kifejtésnek s az ily esetekben a prophylaktikus fordítás eredményre vezethetett volna, de nem egy a fogó helyett, vagy éppen annak sikertelensége után végzett fordítás, a mikor már a szülés egy olyan előrehaladott stadiumban van, a méh annyira reáfektűt a magzat testére, gyakran a méh alsó szakaszának oly fokú elvékonyodása van jelen, hogy a fordítás megkísértése indokolatlan, eredménnyel egyáltalán nem kecsegtető vakmerőség.

Magas fogó alkalmazásakor mindig készen vagyunk a perforációra is s úgy többszöri fogó lesiklás után, mint több kellő erővel végzett eredménytelen tractio után közvetlenül perforáljuk az élő magzatot is.

Várákosznak a két műtét között értelme nincsen; a ki ilyenkor várákozik azon reményben, hogy hátha majd mégis keresztül jön a fej (most már spontán?), az jobban tette volna, ha a fogóval is várt volna. Magas-fogót laza alapon nem

szabad végezni; ha valaki magas-fogót vesz kezébe, ezzel dokumentálja, hogy ő a szülés befejezését szükségesnek látja mindenáron, s így még a magzat feláldozása árán is. Kivéve tisztán a magzat érdekében végzett magas-fogóműtétet (köldök-zsinór előesés), a magas-fogó indicatiója teljesen összeesik az élő magzat perforációjának indicációjával s így az előbbi nem sikerülte esetén végeznünk kell a perforációt, kivált a mikor tudjuk, hogy ez az anyára nézve enyhébb eljárás is.

A fenti esetek leírásában olvasható, hogy különböző fogót használtunk e műtéteknél, ezéltalosan történt ez éppen azért, hogy egy klinikai anyag keretében mintegy kipróbálva a különböző eszközöket, saját tapasztalataink legyenek azok felül.

1877-ben *Turnier* keltett nagy feltűnést a szülési világban ismert magas-fogójával, a mely azóta sok módosításon ment át s a melynek elveit sokan sokféle eszközben iparkodtak érvényesíteni.

Főelve: hogy a húzás iránya a medence bemeneten, de meg a medence bármely pontján álló fejen is mindig összeesik a medence-tengely irányával, a mi minden esetre nagyon kívánatos, észszerű s a tapasztalat igazolja, hogy sikerre vezető. *Tarnier*-fogója harántzáró készülékével biztosítja lehetőleg a fogót a lecsúszás ellen, s így nagyobb erő kifejtése lehető.

A mily nagy feltűnést keltett az eszköz, egyszersmind olyan nagy irodalmi vitát indított meg s úgy hazájában, mint különösen Németországban számos ellenzőre talált, a kik, ha nem is tagadják egyben-másban előnyeit, de complicáltsága, sterilisációjának nehézsége (?) miatt legalább is felesleges eszköznek tartják, a mely különben sem helyettesítheti a klasszikus forcepsot.

Klinikánkon 1889-ben használtuk először ez eszközt, s azóta számos esetben alkalmaztuk több más magas-fogó mellett, s mindannyiunknak, a kiknek alkalmunk volt ez eszközt kipróbálni, általános véleménye, hogy az minden e célra eddig általunk használt eszközénél jobb. A *Tarnier*-féle eszköz először is gracilissága mellett igen erős, zárjai precisek; a vele való elbánás, alkalmazása egyáltalán nem nehéz kis figyelem mellett; sterilizálása semmiben sem különbözik más eszköztől; sterilizálásától; eredményre nézve pedig felette áll a többi magas-fogónak: könnyen alkalmazhatósága mellett biztosan tart, a húzás iránya lehetőleg megfelel a medence tengelyének, így nagy erőt fejthet ki, gracilisságánál fogva kevésbé zúzza a lágyrészeket. Hátránya volna, hogy a fej ritkán végzi benne forgását, ha a zárt állandóan csukva tartjuk; ezen azonban könnyen segíthetünk: ha egyszer már a bemeneten, illetőleg az akadályon túl jutott a fej, t. i. lazítsuk meg a fogó harántzárját, akár egyszerűen nyissuk is ezt teljesen meg, s akkor épen úgy viselkedik, mint egy közönséges fogó, s a fej forgásának útját csak annyiban állja, mint ez; természetesen elő fog fordulni olyan eset is, a mikor a fej hiányos forgása miatt mégis le kell vennünk s újra alkalmaznunk a műszert, ez azonban más fogóval végzett magas-fogóműtéténél is előfordulhat.

A *Breus*-féle fogót illetőleg tapasztaltuk, hogy a húzás iránya itt is megfelelő, de nem tart oly biztosan, mint az előbbi, mozgó kanalai miatt nehezebb a felvezetése s könnyen lesiklik, mivel többszöri használat után a mozgó kanalakat a nyéllel összekötő tengelye meglazulván, a kanalak parallel állása nem tökéletes, de meg harántirányban is könnyebben enged.

Az *Olshausen*-féle fogót szintén több esetben alkalmaztuk, de nem dicsérhetjük, igen nehéz, masszív eszköz a mellett, hogy medence görbületénél fogva, úgy mint a közönséges *Naegle*féle fogó, kevésbé alkalmas a magasán álló fej kihúzására, a húzás iránya nem esik a medence tengelyébe.

Bár mint jeleztük, lényeges különbség van az egyes fogók között, mégis nem az eszköz megválasztása a fődolog, hanem az egész helyzetnek kellő elbírálása: az indicatio, a fogó helyes alkalmazása, a műtét kivitele, a megítélése annak, mekkora erőt kell és szabad kifejteni, a fejnek helyes átvezetése.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(Rendkívüli közgyűlés 1897. márczius 27-dikén.)

Tárgy: A belügyministertől véleményezés végett leküldött orvosi kamarák törvényjavaslatának tervezete.

Elnök: Réczey Imre; jegyzők: Imrédy Béla, Grósz Emil.

Elnök üdvözlőlvén a szokatlan nagy számban megjelent tagokat, felolvastatja az igazgató választmány jelentését a szóban forgó orvosi kamarák törvényjavaslatának tervezete felől. A választmány e tervezetet három tagból álló bizottságnak adta ki (Kéti, Hógyes, Rákosi). A bizottságból egyértelmű jelentés tétetett az igazgató választmányhoz az iránt, hogy a fennforgó tervezet el nem fogadható, eltérő nézet merült fel azonban a tekintetben, vajjon a tervezetre vonatkozó vélemény a teendő bíráló észrevételek kifejtése mellett egyszerűen terjesztessék-e fel a miniszterhez, vagy pedig tovább tárgyalatván, egy kijavított tervezet alakjában. A bizottság többsége az előbbi, a kisebbség az utóbbi nézet mellett volt. Az igazgató választmány f. hó 22-dikén tárgyalta a kérdést és 15 szavazattal 5 ellenében a bizottság többségének véleményét fogadván el, a belügyminister úrhoz teendő felterjesztésre vonatkozólag a következő szövegezésben állapodott meg.

„Nagyméltóságú Minister Úr!

A budapesti kir. orvosegyesület kötelességének tartja Nagyméltóságodnak őszinte köszönetét fejezni ki azon intézkedéseért, melylyel az orvosi kamarák törvényjavaslatának tervezetét — mielőtt Nagyméltóságod ezen kérdésben állást foglalt volna — az egyesületnek 1897. évi február 3-dikán kelt 7411/VI. a) számú leiratával megküldeni kegyeskedett s alkalmat adott így az egyesületnek arra, hogy a törvényjavaslat tervezete felől nézeteit Nagyméltóságod előtt tolmácsolhassa.

A budapesti kir. orvosegyesületnek már régebben volt alkalma az orvosi kamarák felől nyilatkozni, midőn a m. orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésének állandó központi választmánya az általa kidolgozott kamaratervezetet egyesületünknek megküldötte s annak változatlan elfogadását és a nagyméltóságú m. kir. belügyministeriumhoz intézendő pártoló felirattal támogatását kérte.

Egyesületünk azon időben behatóan foglalkozott az orvosi kamarák kérdésével, melyet kellő előtanulmányozás után 1890. évi május 31-dikén tartott rendkívüli közgyűlésén beható vitatkozás tárgyává tett.

Egyesületünk ezen ülésén szótöbbséggel oda nyilatkozott, hogy:

Mivel a kamarák feladatául kitűzött célok legnagyobb részét, ú. m. az orvosi, társadalmi és közegészségügyi kérdések megoldása körüli közreműködést, a közegészségügyi kérdések figyelemmel kísérését, azok tárgyalását és az észlelt hiányok orvoslására szükségesnek mutató reformok életbeléptetése iránt az illetékes hatóságokhoz javaslatok előterjesztését, az orvosok nyilvántartását, az orvosi honorarium kérdésének megoldását (a mennyiben azt hatósági intézkedésekkel egyáltalán szabályozni lehet), sőt bizonyos fokig az orvosi rend tekintélyének fentartását és az orvosi rend jogos érdekeinek megvédését, a már meglévő intézményekkel, illetőleg azok cél tudatos fejlesztésével is igen jól lehet elérni: a kamararendszer életbeléptetését szükségesnek nem tartja.

Most Nagyméltóságodnak nyilván az orvosi rend és közegészségügy érdekei iránt ismételve tanúsított jóindulatából alkalma nyílik a budapesti kir. orvosegyesületnek az orvosi kamarákról szóló törvényjavaslat tervezete iránt nyilatkozattételre, melyet tiszteletteljesen a következőkben terjeszt Nagyméltóságod elé.

Mindenekelőtt az egyesületnek sajnálattal kell kijelentenie, hogy a törvényjavaslat tervezetének tárgyalásánál kénytelen volt nélkülözni e tervezet indokolását, melyből tájékozódást és felvilágosítást nyerhetett volna azon gondolatmenet felől, mely a tervezet ismeretlen szerzőjét a tervezet egyik-másik előttünk érthetetlennek és indokolatlannak feltűnő pontjának megállapításában irányította.

Az előttünk fekvő törvényjavaslati tervezet egyesületünk felfogása szerint általánosságban nem felel meg címének, mert minden létező orvosi kamara szervezetétől eltérve, nem egyéb,

mint egy kényszer-orvosegyesület tervezete, mely a központi választmány közvetítésével a belügyministerium egészségügyi osztályából kiküldött állandó elnök felügyelete és vezetése alatt áll és így a belügyministeriumban van centralizálva, a mi az eddig önálló orvosi karnak az egészségügyi kormányzat alá rendelése s a kellő és megengedhető határokon túl terjeszkedő bürokratikus centralisációnak kifolyása, s mint ilyen az eddig létező orvosi kamarák szervezetében egyedül álló. Szabad országban egy nem autonóm szervezetű orvosi kamara, a többi autonóm szervezetű kamarákkal szemben (ügyvédi, ipar- és kereskedelmi, közjegyzői kamara stb.).

Már azon czél, melyet a tervezet a kamara létesítéséül kitűz, nem az igazi orvosi kamarák czéljául tekinthető, mert nem az orvosok érdekeinek képviselését tűzi ki a létesítendő kamara főczéljául, hanem első sorban a közegészségügy előmozdítását s csak másodsorban az orvosi kar érdekeinek képviselését is. De éppen az utóbbi indokolhatná az orvosi kamarák létesítését hazánkban, hol közegészségügyi törvényeink intézkednek a közegészségügy előmozdítása érdekében és ezen okból orvosi kamarák felállítása nem volna indokolható.

Méltánytalannak és a helyes jogi felfogással össze nem egyeztethetőnek, de egyúttal lehetetlennek kell tartanunk a tervezet azon intézkedését, mely szerint a magánorvosi gyakorlattal foglalkozó hivatalos orvosokra nézve kötelezőnek mondatik a kamarába való belépés, míg a szintén magánorvosgyakorlatot űző katonatorvosok ki vannak véve ezen kötelezettség alól. Egyrészt tehát a magánorvosi gyakorlatot űző orvosok között lényeges megkülönböztetést tesz a tervezet s egy részüket belépésre kényszeríti, más részüket pedig nem, másrészt pedig a hivatalos orvosok számára két fegyelmi hatóságot állít, egyet a hivatalos egyén, egyet a magánegyén számára. És hol itt a határ? Hol szűnik meg a gyakorlatot űző hivatalos orvosnak a betegágy körüli ténykedésében a hivatalos eljárás, hol kezdődik a magánorvos?

A tervezet szerint felállítandó orvosi kamarák hatáskörének megállapítása sem felel meg az igazi orvosi kamarák hatáskörének. Mindenféle szervezetű létező orvosi kamara első feladata az orvosok rendi, anyagi és szellemi érdekeinek képviselése. Ez a tervezet szerint a kamara hatáskörében háttérbe szorulna és főczélul szerepel az, hogy közegészségügyi véleményező fórumok létesítenek az egészségügyi kormányzat szolgálatára. Ilyenekre pedig nincsen szükség hazánkban, hol e tekintetben az 1876: XIV. t.-cz. már intézkedik és hol közegészségügyi véleményező fórumok a községi egészségügyi, a törvényhatósági közegészségi bizottságok és végre az országos közegészségi tanács alakjában már régóta s több-kevesebb sikerrel működnek.

A tervezet a felállítandó orvosi kamara hatáskörét másodsorban az orvosi kar közös érdekeinek képviselésében és mindazon törekvéseknek előmozdításában állapítja meg, melyek az orvosi foglalkozás tekintélyének és az egyes orvosok jogos érdekeinek megóvására irányulnak. Oly általános ezen hatáskörnek körülírása, hogy tulajdonképpen semmi iránt sem tájékoztat. Hazánkban az orvosi kar más viszonyban áll az állammal szemben, mint Németországban, hol független és szabad az orvosi gyakorlat. Hivatalos rendi képviselőre hazánkban a mi orvosi rendünk szervezete mellett nincsen szükség, itt hivatalos képviselője az orvosi karnak a megyei főorvos. A külön morális képviselő pedig más orvosi korporációkkal is elérhető ilyen centralizáló orvosi kamara nélkül. Semmi tájékozódást nem nyújt a tervezet azon módok és eszközök iránt, melyekkel a felállítandó kamarák az orvosi foglalkozás tekintélyét és az egyes orvosok jogos érdekeit megóvhassák. Talán ilyennek tűnhetne fel a fegyelmi tanács szervezete, melynek részletes bírálatától eltekintünk, mert alig gondolhatjuk, hogy önértékes orvos találkozna hazánkban, ki ezen intézkedésekben ne látta a hazai orvosi rend iránti méltatlanságot. Nincs megjelölve a feljelentés módja, az igazolásra kitűzött záros határidő minimuma vagy maximuma, az igazolatlanul vádolt számára elégtétel, az igazolatlanul vádló büntetése. S még csak titoktartásra sincs kötelezve a fegyelmi tanács! S a felelbezési

forum a közigazgatási bíróság, tehát oly testület, melyben orvos nincs!

Más vádlottaknak legalább van visszavetési joguk. A vádlott orvosnak ezen kamarákban nincs! De azon esetek is, melyekben a kamara tagja a fegyelmi tanács ítélete alá esik, olyan tág körülírással vannak megjelölve, hogy egyrészt felesleges zaklatásoknak tehetik ki a vádlottat, mert egy részük ezen eseteknek már a fennálló törvények szerint a tisztí főorvos hatáskörébe tartozik, más részük pedig (köztisztességet sértő viselkedés, orvosi kar tekintélye elleni vétség) ilyen tág fogalmazásban oly széles tért nyit az egyéni felfogás számára, hogy ezzel már könnyen indokolhatatlan zaklatások forrásává lehet.

De nem kívánjuk reflexióinkat folytatni.

A részletesen felsorolt megjegyzések azon meggyőződéshez vezették egyesületünket, hogy az orvosi kamarák törvényjavaslatának ezen előttünk fekvő tervezete nemcsak hiányos, de lényeges intézkedéseiben homlokegyenesen ellenkezőjét tervezí annak, mit az orvosi kamaráktól szervezetük, feladatuk és hatáskörük szerint józanul várnunk lehetne. Meggyőződésünk, hogy az orvosi kamarák ilyen alakban több bajt és kárt okoznának orvosi rendünknek, mint a mennyit a helyes szervezettel bíró orvosi kamarák orvosolni egyáltalában képesek volnának.

Mindezen okok alapján a budapesti kir. orvosegyesület nem járulhat hozzá a Nagyméltóságod által véleményezés végett megküldött orvosi kamarák törvényjavaslatának tervezetéhez és kéri Nagyméltóságodat, hogy ezen tervezetet elejteni s annak a törvényhozó testület elé terjesztésétől eltekinteni kegyeskedjék.

Az igazgató választmányban Vidor Zsigmond magáévá tevén a bizottsági kisebbség véleményét, külön vélemény gyanánt a következő indítványt kívánta a közgyűlés elé terjeszteni. „Adja ki az orvosegyesület a törvényjavaslat tervezetét egy bizottságnak azzal az utasítással, hogy a leküldött törvényjavaslatról ne csak negatív kritikát mondjon, hanem a kifogásolt czikkelyeket megfelelőekkel pótolva, mint kiegészített törvényjavaslatot terjesztsze vissza az egyesülethez.”

Közösen megegyezett a többség és kisebbség egyfelől arra, hogy a ministeriumtól leküldött tervezet el nem fogadható, továbbá arra, hogy jelenleg az iránt tárgyalás ne történjék, hogy szükségesek-e vagy nem az orvosi kamarák? miután e tárgyat 1890-ben már az orvosegyesület megvitatta és e kérdésben állást foglalt.

Elnök tehát vitatás alá bocsátja a kérdést, vajjon a közgyűlés az igazgató választmány többségének felirati javaslatát fogadja-e el? vagy pedig a külön vélemény értelmében bizottságot küld-e ki egy újabb orvosi kamara törvényjavaslat kidolgozására?

Högyes Endre indítja meg a vitát. A közös megállapodás értelmében nem vitatja, szükséges-e vagy nem nálunk az orvosi kamara. A fennforgó javaslatra vonatkozólag mondja el csak véleményét a minister leiratának megfelelőleg, úgy tekintve azt, mint egy a magyar orvosi rend szervezésére vonatkozó tervezetet.

Mint ilyent nem megfelelőnek és el nem fogadhatónak tartja azt úgy általánosságban mint részleteiben.

E javaslat a magyar orvosi rend szervezésére nem felel meg sem a kamara sem az egyesületi szervezés lényegének és mint az egészségügyi adminisztrációba beiktatni szándékolt szakértői intézmény sem állja ki a kritikát.

Nem felel meg e tervezet az ismert orvosi kamaráknak azért, mert ezek mint tudva van akár facultatív akár kötelező alakban nem egyebek mint orvosi autonóm képviselő testületek, melyeket három évenként választanak a bizonyos területeken élő orvosok vagy egyesületek és minden ellenőrzés nélkül rájuk bizzák a rendi érdekek képviselését; központosítva e testületek nincsenek; a szóban forgó javaslat egyes orvosi kamarái évi közgyűléssel, választmánnyal, tehát egyesületi szervezettel vannak ellátva, de az egyesületi autonomia mégis hiányzik bennük, mert valamennyi orvosi kamara a belügyministeri megbízott örökös elnöklése alá tervezett központi választmányával végelemzotben az egészségügyi kormányzat központjának van alá vetve és az összes magánorvosgyakorlat az ezen elnöklés alatt hozott orvosi rendtartás értelmében a belügyministerium által kormányoztatik, mert továbbá az évi közgyűlés csak tudomásul veszi a választmány jelentését, mert e jelentéseket évenként be kell mutatni a helyi törvényhatóságoknak és a belügyministernek. Ilyen nem autonóm, hanem a központi kormányzat alá vetett kényszer egyesületi szervezés egyetlen nagyobb ország orvosi rendjének szervezésében sem fordul elő és a tervbe vett intézmény szelleme a mi alkotmányos felfogásunktól bizonyára eltérő.

A javaslatban tervezett tehát helytelenül úgynevezett orvosi kamarai intézmény főczéljául és hatásköréül eltérőleg más országok orvosi kamaráitól a közegészségügy előmozdítása érdekében az egészségügyi kormányzat és a hatóságok támogatása van kitűzve és csak másodsorban van jelezve az orvosi kar közös érdekeinek képviselése: tehát az egészségügyi adminisztrációba beiktatni szándékolt vidéki és központi

véleményező és indítványozó szakértői intézményről van szó. De ilyen szempontból tekintve a tervezetet is, tökéletlennek és feleslegesnek kell azt tartanunk. Tökéletlennek, mert az öt választások útján alakuló kamara választmányok esetéről esetre alakulása kétes értékűvé tenné ez intézménynek közegészségi ügyekben a véleményező és indítványozó szakbeli működését az egészségügyi kormányzat részére, feleslegesnek, mert közegészségi törvényünk ilyen vidéki és központi véleményező és indítványozó fórumokról a közégi közegészségügyi bizottságokkal, a törvényhatósági egészségügyi bizottságokkal és az országos közegészségi tanács megalkotásával már jól és e tervezetnél jobban gondoskodik.

A javaslat arról, a mi tulajdonképpen minden országban — a hol azokra szükség van — az orvosi kamarák főzölje és főhatásköre t. i. az orvosi rend érdekeinek képviselete, az orvosi foglalkozás tekintélyének és az egyes orvosok jogos érdekeinek megóvása, igen szűken szól; ezeknek módjairól és eszközeiről nem beszél; benne az orvosi rend misériáinak orvoslás módjáról, orvosi segély és nyugdíj vagy biztosítás ügyéről említés sem tétetik; az egyetlen mód, a mit felemlít és körülír, a melylyel az orvosi bajokon segíteni akar, az a jog törvényes megadása, hogy az orvosi rend az alkotandó „fegyelmi tanácsokkal” önmagát megrendszabályozhatja. Más országok orvosi kamara szabályzataiban ez intézmény vagy teljesen hiányzik vagy csak „becsületbíró-ság” vagy felmerülő vizsályok elintézésére alakított „választott bíróság” gyanánt szerepel. E javaslat mindjárt „fegyelmi tanács”-ot contemplál oly hatáskörrel, melyet el kell vetnie minden hivatására önérzékes és rendje becsületére érzékeny orvosnak. Magyarország orvosi rendje — felszólaló szerint — annyi rossz fát még nem tett a tűzre, hogy tisztességének megőrzése végett ilyen fegyelmi tanácsok felállítására szoruljon.

Felszólaló azután felsorolja kifogásait a tervezet egyéb részletei iránt és mindenben hozzájárul e tekintetben az igazgató választmány felirati javaslatában foglaltakhoz.

Az egész javaslatról tehát sem általános-ágban, sem részleteiben nem járulhat hozzá és az abban contemplált rendi szervezetet mint túlságosan centralistikus irányt és a gyakorló orvosok egyéni szabadságát szükségtelenül korlátozózt a maga részéről perhorrescálja, mint a mely ellenszolgálat nélkül az állam részéről újabb terheket róna az orvosi pálya követőire és arra szolgálna, hogy e pályára a jövőben, az ország közegészsége kárára, még kevesebben lépjenek.

Midőn a mondottak alapján részéről elfogadásra ajánlja a közgyűlésnek az igazgató választmány felirati javaslatát, nem járulhat hozzá azon kisebbségi indítványhoz, hogy ezen úgy általánosságában, mint részleteiben el nem fogadható javaslat helyett, egy a közgyűlésből kiküldendő bizottság egy új, a fenforgónál talán jobb orvoskamara törvényjavaslatot készítsen. Erre egyfelől a belügyminister úr nem hívta fel az egyesületet, másfelől meg van győződve, hogy a bizottság működése meddő lenne, a mennyiben előreláthatólag kudarcot vall minden ilyen, netán jövőben keletkező orvosi kamarajavaslat is, mindaddig, míg a magyarországi orvosi gyakorlat jelen szabaddalmi rendszere fennáll, a mely mellett a tulajdonképeni orvosi kamara szervezetre szükség nincsen, mint nincsen behozva az — kivéve Ausztriát — más oly országokban sem, a hol az orvosi gyakorlat nincs szabad iparrá téve és a mienkhez hasonló szabaddalmi rendszeren alapszik.

Lőw Sámuel azon véleményének ad kifejezést, hogy a szóban forgó tervezet túlszigorúan van elítélve és az az orvosi kamarák hívei várakozásának, bár fogyatkozásai vannak, nagyjában megfelel, minden esetre jobb a hírénel.

Az igazgató választmány felirati javaslatában azt az első kifogást, hogy a javaslat minden létező orvoskamara szervezettől eltér, tisztán formalisnak tartja. Igaz, hogy eltér az úgy a német, mint az osztrák kamarákétól, de hasonlít a magyar ügyvédi kamara szervezethez. Ezt ő előnynek és nem hátránynak tartja, a külföldi intézményeket nem kell egyszerűen áttütnünk. Azt sem tartja bajnak, hogy a tervezett kamarák a belügyministeriumban vannak a központi választmány útján centralizálva; e szervezetet szerencsésnek tartja, mert a kamarák ezzel úgy a kormánynál, mint kifelé jobban tudnak repraesentálni. Nem lát veszélyt abban sem, hogy a testületnek a belügyministeri kiküldött az elnöke, valamint abban sem, hogy jelentéseket kell tenni a belügyministernek. Abban, hogy a gyakorlatot íző katonasorvosok nem tartoznak e terv szerint a kamara fenhatósága alá, tényleg ellenmondás és fogyatkozás van. De aránylag csekély a gyakorlatot íző katonasorvosok száma, nem lehet azért függővé tenni a kamarakérdést a hadügy- és honvédelmi minister véleményétől. Tökéletes jó helyett meg kell elégedni a kevésbbé jóval. Csak formalis kifogásnak tekintő szót az, hogy a kamarajavaslat nem előbb említi a rendi érdekeket, hanem a közegészségügyet. Szerinte mind a kettő egyenlő és nem állítható, hogy a kamarának semmi köze sincs a közegészségügyhöz. A törvény csak általánosan írja körül a hatáskört, a részletek az ügyrendbe valók. Nem helyesli részéről sem azt, hogy fegyelmi ügyekben a közigazgatási bíróság a felelősségi fórum, valamint azt sem, hogy a tervezet az orvosi és nyugdíjügyet nem is érinti. Rémhírnek tartja a „fegyelmi tanács”-ról mondottakat; Németország kamaráiban alig fordult elő eset arra, hogy annak szabályait alkalmazni kellett volna.

Mindezek alapján nem fogadja el az igazgató választmány felirati javaslatát és a kisebbségi indítványhoz csatlakozik.

Flesch Nándor örömet fejezi ki, hogy ez a törvényjavaslat tervezet napvilágot látott és tárgyalható, mert szerinte nincsen az az érv, mely jobban támogatnák azoknak álláspontját, a kik a kamarákat ellenzik, mint ez a javaslat, melynek szerkesztésében homályos sejtélem szerint orvosok is vettek részt, kik kiszabták, hogy az orvos miben álljon

szolgálatára az államnak de, mellőzték, hogy az állam miben segítse az orvost. E tervezet nem egyéb, mint fegyelmi tervezet, mely erősen rászólgál arra, hogy a közönség azt higgye, hogy csakugyan szüksége van az orvosi rendnek ilyen fegyelemre. Önállósággal e tervezet készítőit vádolni nem lehet: a javaslat össze van oltatva a tátrafüredi vándor-gyűlés tervezetéből, az osztrák orvosi kamara- és a magyar ügyvédi kamaratörvényből. Szó szerint ki lehet mutatni, melyikből mi van kioltatva és kritika nélkül átvéve, a mire szóló több példát említi.

Innen van például az, hogy a kamara kötelezőnek van állítva, pedig a javaslat csak facultativ kamarákról intézkedik; félig vették át az ügyvédi rendtartás idevonatkozó részét, elhagyták azonban azt, a mi az ügyvédi rendtartásban megvan, hogy a ki a kamarába nem lép, gyakorlatot nem folytathat: így, ha nem akar belépni, egy orvost se lehetne a kamarába kényszeríteni. Sörémes valóban, hogy a katonasorvost, ha gyakorlatot íz is, ki szándékoznak venni a kamara hatásköréből: el kellene tiltani a magánpraxistól, az lenne a megoldás. E javaslatban a közgyűlés csakugyan nem autonóm, jórészt csak igent és nemet mondó testület; évenként csak egyszer jön össze, a mi bizonyára nem nagyon hat arra, hogy az orvosok közt az összetartás érzetét fejlessze. Nincs meg a tervezetben, mik a tagok jogai és kötelességei, holott az az ügyvédi rendtartásban körül van írva.

A fegyelmi tanács képezi azok reményességét, a kik az orvosok bajain és nehéz megélhetésén ss-okkal segíteni óhajtanak. Kritizálja ez intézmény tervezetnek fonákságait, összehasonlítva azt a külföldi kamarák becsületbíró-ságaival. Unicum intézménynek mondja a központi választmány szervezését, melynek állandó elnöke a belügyministeri kiküldött: hogyan lehetne egy ily szervezetet autonomnak mondani, mely még az elnökét sem maga választja?

Felszólaló szerint semmi ok sem forog fenn arra, hogy az orvos-egyesület hét év előtt hozott azon határozatától elálljon, hogy nem kíván sem facultativ, sem kötelező kamarát. Elfogadja a választmány felterjesztési javaslatát.

Szólásra jelentkezett még Tihanyi Mór, miután azonban a közgyűlés 29 tag kívánatára szótöbbséggel a vita bezárását határozta el, elállott a szótól.

A vita ilyen módon berekesztetvén, elnök névszerinti szavazásra hívta fel a közgyűlés tagjait az igazgató választmány felterjesztési javaslatának el- vagy el nem fogadását illetőleg. A szavazás eredménye a következő lett: Igennel szavaztak, tehát a kamaratörvényjavaslat elvetése mellett nyilatkoztak: Abonyi József, Batizfalvy Samu, Dollinger Gyula, Elischer Gyula, Fodor József, Hegedűs János, Herezel Manó, Hochhalt Károly, Hőgyes Endre, Klug Nándor, Koller Gyula, Korányi Frigyes, Lichtenberg Kornél, Morelli Károly, Müller Kálmán, Tauffer Vilmos, Turnovszky Jenő, Adler Zsigmond, Ajtai K. István, Antal Illés, Antal János, Ágai Béla, Áldor Lajos, Árkóczy József, Aujeszky Aladár, Axmann Béla, Balogh Oszkár, Bárszony János, Bartha Gábor, Basch Imre, Báthory István, Baumerth Gyula, Baumgarten Samu, Bereczky Endre, Berend Miklós, Berger Mór, Bergsmann Jakab, Bilasko György, Blaskovics Fridolin, Böke Gyula, Bókay Árpád, Bolemann Gyula, Boleman István, Bossányi Béla, Braun Sándor, Breitenfeld Fer., Brém János, Büchler Lipót, Chudovszky Mór, Csapodi István, Csátary Lajos, Csérei János, Dieballa Géza, Dirner Gusztáv, Dirner Lajos, Doktor Frigyes, Donáth Gyula, Donogány Zakariás, Drexler Dezső, Eisler Miksa, Epstein László, Erdélyi Jakab, Engel Gusztáv, Erneyi Miksa, Erőss Gyula, Faragó Gyula, Farkas Elemér, Farkas László, Fausser Árpád, Feleki Hugó, Feuer Dávid, Fleischer Elemér, Flesch Nándor, Frank Arthur, Frank Samu, Friedrich Vilmos, Fuchs Dániel, Fuchs Sándor, Gara Géza, Gerlóczy Zsigmond, Glaser Marcell, Glück Ignác, Gmelin Ottó, Groák Ernő, Grósz Emil, Grósz Gyula, Grünwald József, Grünwald Mór, Győry Tibor, Gyurmán Emil, Habern Pál, Hajós Lajos, Hattay Lajos, Heinrich Adolf, Herezog Ede, Hieronymi Kornél, Hirschler Ágost, Hochmann Henrik, Hőgyes Ferencz, Horváth Mihály, Hüldi Hümér, Imrédy Béla, Irsai Arthur, Irsai Frigyes, Janny Gyula, Jendrassik Ernő, Kelen Béla, Kelen József, Kéri István, Kern Géza, Kertész Ába, Kéti Károly, Kézmárszky Tivadar, Kiss Gyula, Klein Fülöp, Klein Samu, Kocsis Elemér, Kolláries Jenő, Korányi Sándor, Kovács József (Andrássy-út), Kovács József (József-körút), Köllner Károly, Kövér Kálmán, Kresz Géza, Krepuska Géza, Krompecher Ödön, Kubinyi Pál, Kuthy Dezső, Kuzmik Pál, Landauer Ármán, Ladányi Mátyás, Láng Ignác, Laufener Károly, Leitner Vilmos, Lengyel Endre, Lengyel Samu, Lippé Mór, Löwy Leó, Löwinger Samu, Lumniczer József, Magyarevics Mladen, Mandl Dániel, Mandl Mór, Martin Sándor, Martiny Kálmán, Marton Adolf, Marton Sándor, Marschalkó Tamás, Mátrai Gábor, Mezey Zoltán, Mihajlovits Miklós, Moskovitz Ignác, Mutschenbacher Béla, Nádaskay Béla, Nádas Lipót, Nékam Lajos, Ormai József, Osztermayer Miklós, Osváth Albert, Ötvös József, Patai Sámuel, Pákozdy Károly, Pálmai Izsó, Pauer Károly, Perényi István, Pertik Ottó, Plósz Pál, Pohl József, Polgár Zsigmond, Pollacsek Ignác, Polyák Lajos, Preisach Izidor, Preisich Kornél, Purjesz Ignác, Reich Lajos, Reiner Mór, Reizman Adolf, Róna Sámuel, Rózsaffy Alajos, Salamon Vilmos, Samek Jakab, Sarbó Arthur, Schaffer Károly, Schächter Jakab, Sehermann Adolf, Schiller Károly, Schneider János, Schrank Simon, Schrott Antal, Scholtz Kornél, Schulhoff Jakab, Schulhoff Rezső, Schuschny Henrik, Schwartz József, Schwartz Arthur, Schwartz Samu, Schwimmer Ernő, Sebes Károly, Seliga János, Sellei József, id. Siklóssy Gyula, ifj. Siklóssy Gyula, Sonnenschein Illés, Steiner József, Steigenberger Samu, Steinberger Izidor, Steiner Samu, Stern Samu, Stern Zsigmond, Sümegi József, Szalay Béla, Szabó Sándor, Székely Ágost, Szigeti Gusztáv, Szikszay Sándor, Szilágyi Sándor, Szili Adolf, Szines József, Szőke Bertalan, Tauszk Ferencz, Tauffer Emil, Taub Gyula, Thanhofer Lajos, Terray Pál, Tomka Samu, Torday

Ferencz, Tóth István, Tóth Lajos, Traitler István, Tuszkai Ödön, Uhrik Gyula, Vadass Pál, Vajda Károly, Váli Ernő, Vámosy Zoltán, Váradi László, Varró Indár, Vas Bernát, Végh János, Veszely József, Wein Manó, Weisz Gusztáv, Weisz Jakab, Weisz Hugó, Wiederspann Károly, Wladár Márton, Ziffer Károly, Beck Bódog, Dembitz Mátyás, Décsi Károly, Deutsch László, Eisler Hugó, Fodor János, Gebhardt Ferencz, Hollósy Ede, Kövesi Géza, Lázár Alfréd, Mezei Béla, Rajman Kálmán, Reach Dezső, Ritoók Zsigmond, Rottbarth József, Sima Károly, Vajda Adolf, Varga Géza, Angyán Béla, Goldberger Hugó, Kopits Jenő, Kincs Miksa = összesen 269-en.

Nemmel szavaztak, tehát lényegileg a kamara felállítását mellett nyilatkoztak: Adler Nándor, Batori Dániel, Bauer Antal, Berger Ferencz, Chyzer Béla, Dégen Árpád, Doktor Sándor, Dukasz Márton, Farkas Jenő, Fleischmann Hugó, Freund Arthur, Gruber Sándor, Halperth Akos, Jurkiny Emil, Justus Jakab, Király Károly, Lévai József, Lovrich József, Löw Sámuel, Mayer Árpád, Mohr Mihály, Pikler Gyula, Popper Mór, Prochnov József, Rákosi Béla, Rosenák Miksa, Székács Béla, Szontágh Ábrahám, Tihanyi Mór, Vidor Zsigmond, Wohl Mór, Biró Zsigmond, Feldmann Izor, Nözdrovicsky Győző, Platzer Sándor = összesen 35-en.

Igy tehát az igazgató választmány felirati javaslata, melyben az egyesület kéri a minisztert, hogy a törvényjavaslati tervezetet ejtse el, nagy szótöbbséggel elfogadtatván, a közgyűlés elhatározta, hogy a feliratot az egyesületi elnökkel az élén egy 15 tagú bizottság nyújtsa be a belügyminister úrhoz.

Budapesti kir. orvosegyesület ideg- és elmekórtani szakosztálya.

(VI. szakülés 1896. november 4-dikén.)

Elnök: Laufenauer Károly. Jegyző: Schaffer Károly.

Hemiatrophia faciei egy esete.

Décsi Károly: A beteg 38 éves, paralysis progressivában szenved. Bemutató néhány szóban vázolja a kórkép ritka voltát s az esetre vonatkozó előzményi adatokat. Ez utóbbiaknak fontosabbjai: a 20 év előtt fellépett gyenge fülfolys az elváltozott arcfél oldalán, melyet hónapok múlva a jobb oldali hemiatrophia faciei követett; továbbá a 7 év előtt szerzett lueses infectio és a betegnél 1½ év óta kifejlődött dementia paralytica. A betegnél jelenlevő kóros elváltozások közül a demonstratio kapcsán bemutató felhívja a figyelmet a jobb arcfél összes csontos és lágyképleteinek, valamint a jobb nyelvfélnek nagyfokú sorvadására, melyet az agykoponya jobb felének hasonló elváltozása kísér; ezek nagyságát mutatják pl. az orrgyökön és a protub. occip. ext.-n át vezetett sík méretei (a kóros oldalon 255 mm., az ép oldalon 274 mm., különbség a kóros oldal rovására 19 mm.). Röviden szólván a diagnózis indokoltságáról, bemutató összegezi a kórképre vonatkozó eddigi ismereteinket; végül hivatkozik arra, hogy ezen eset is azon Möbius-féle esetekhez sorolható, hol az arc közelében előrement valamely gyulladásos folyamatot követett a félooldali arczsorvadás.

Hozzászólók: Jendrassik, Sarbó, Laufenauer, Pándi.

Aphthongia egy esete.

Sarbó Arthur: J. József, 25 éves, ékszerész, 13 év óta szenved fejének rángatózásában, mely beáll mindannyiszor, a hányszor beszél; 13 év előtt koresolázás közben beszakadt a jég alatta, a vízből kitápaszkodva hazament és ezután egy héttel nyaka alig észrevehetően rángatózni kezdett és ez idő óta a rángatózás erősségben fokozódva jelentkezik minden beszéleti kísérletnél. Anyja dadogó, ő maga is az kis korától fogva. Szenvedélyes önfertőző volt. A rángatózást Isten büntetésének tudja be, mivel gyermekkorában egy játszótársát, ki choreában szenvedett, kigúnyolt. Ha beszélni kezd, feje előre és hátra vetődik, különösen jobboldal felé; a sternocleidomastoideus és splenius görese van jelen; beszéde kezdetén ajkai hangtalanul mozognak és nagy crőlködésre explosiv módon tör ki belőle a hang. Ha énekel, nem áll be a göres. Mindenféle kezelésben, villamosítás, hypnosis stb. részesült már, de eddigelé sikertelenül, úgy hogy gyógyulásáról le is mondott és imádságban, ájtatosságban lel vigasztalást. Nemi érintkezést sem gyakorol, hanem erectiót imádsággal győzi le. Susogva tud beszélni, minél hangosabban igyekszik beszélni, annál kevésbé sikerül az és annál hevesebb a nyakizmok görese.

A bántalmat S. mint dadogást — aphthongia — fogja fel, a nyaki izmok göresét pedig a rendszeren észlelhető hypoglossus göres (nyelv-göres) analogonjának tekinti; a különbséget a közönségesen észlelt dadogástól csak a nagyobb izomterületre kiterjedő reflektorikus göres képezi. Kiemeli az egyénnél észlelhető szellemi gyengeséget, mely nála a bigottismusból is kifejezésre jut. Therapiát illetőleg lélegzési gyakorlatokat és énekelve olvasást kísért meg.

A discussióban Jendrassik, Donáth, Laufenauer vettek részt.

A hysteriás amnesiákról.

Hajós Lajos: Előadó reámutat azon körülményre, hogy a hysteriás stigmák között az amnesiák részesültek mindaddig a legkevesebb figyelemben, minek legfőbb oka nehéz feltalálhatóságukban keresendő. Az amnesiák psychologiai boncolásánál azok eredetére hívja fel a figyelmet. Észlelései azt mutatják, hogy az amnesiák bizonyos kórosan szűkült öntudati állapotok alatt keletkeznek, melyeket ezen sajátosságuk miatt amnesiogen állapotoknak nevez. Ezen állapotok hysteriás egyének-

nél igen gyakran jelentkeznek és többnyire csak rövid tartamúak. Ide sorozhatók a hypnoid, a spontán és a műleges hypnosis; az intra-paroxysmalis állapot; végül bizonyos intoxicatiós állapotok (hyoscin) és a physiologikus álom. A továbbiakban előadja, hogy az amnesiogen állapotok nemcsak az amnesiák keletkezésénél, hanem azok megszűnésénél is egyenlően fontos szerepet játszanak; egy amnesiogen állapot alatt szerzett emlék elveszettnek látszik, azonban egy későbbi amnesiogen állapotban ismét felmerül. Az amnesiogen állapotok időszakos fellépésében keresendő tehát az amnesiák periodikus megszűnése. Miután ezen öntudatzavarok nem mindig mélyek és felöltöek, sőt az egyén egy oly határállást foglalhat el a normalis és az amnesiogen állapot között, melyben a legesekélyebb ingadozás egyszer abba, egyszer amabba jut; tehát érthető lesz az elveszett emlékek irányító befolyása az egyén társításaira, valamint néha észlelhető teljes felszínre bukkanásuk, hogy a következő pillanatban ismét az amnesia homályába merüljenek. A felsoroltakban találja előadó a hysteriás amnesiák önmaguknak ellentmondó természetének megfigyeltét, mely kérdés orvostörvényszéki fontosságára is kiterjeszkedik. Előadó azzal fejezi be, hogy hysteriás amnesiáknál szemben az organikusokkal az emlékképződés normalis, csupán bizonyos emlékekkel szemben hiányzik azon associativ kapcsolat, mely azok reprodukálhatóságához szükséges.

Hozzászólók: Donáth, Sarbó, Pándi, Jendrassik, Laufenauer.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A szegzárdi Ferencz-kórház évkönyve 1892—1895. Szerkesztette: Tanárky Árpád dr. igazgató-főorvos.

A szegzárdi Ferencz-kórház, egyike a vidék nagyobb kórházainak, immár közel 100 éves multa tekinthet vissza. Szerény viszonyok között kezdte meg működését 1802-ben — inkább csak mint a borterme Szegzárd szegényeinek menedékháza — s lassankint növekedett fel Tolnamegye egészségügyének egyik fontos tényezőjévé.

Tanárky Árpád dr. igazgató-főorvos, midőn a kórház 1892—1895-diki működéséről beszámol, egyszersmind behatóan ismerteti annak érdekes történetét alapításától kezdve a millenniumi esztendőig, a midőn a szegzárdi kórház alapos kibővítést nyert s a midőn benne egy baba-iskola alapját is megvetették.

A régi épületet és új szárnyát sikerült képek és tervrajzok mutatják be, illusztrációjaként az egész kórház részletes leírásának.

A nagy betegforgalomról eléggé tanuskodnak a statisztikai adatok, melyek közül csak azt említjük meg, hogy 1895-ben 1613 egyén ápolatott a szegzárdi kórházban, az ápolási napok száma pedig 73,820 volt. A folyton emelkedő betegforgalom égetően szükségessé tették a kórház kibővítését. Érdekes adatokat találhatunk az évkönyvben arról is, hogy a seborvosi osztályon mennyi nagyobb operációt végeztek. 1895-ben pl. 202 műtét hajtatott végre, közülök 118 narcosisban. (Koponyalékelés 3, Bassini-féle radicalis sérvműtét pedig 6 esetben fordult elő.)

A kórház történetét elolvasva, meggyőződhetünk, hogy mennyire áldása volt ezen intézet Szegzárd vidékének eddig is; annál inkább remélhető ez a jövőre, midőn a Ferencz-kórház kibővítve és mintegy megújodva, immár fokozottabb mértékben felelhet meg fontos hivatásának!

A—y dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Öreg egyének bronchitise ellen jó eredménnyel használja *Espagne* a következő összetételű orvosságot: Rp. Syr. ipecacuanhae 8'0—10'0; Syr. tolu 20'0; Kali bromati 1'0; Spir. vini rectifie. s. rum 20'0; Aquae tiliae ad 120'0. M. D. S. 2 óránként egy evőkanálnyit. (Nouv. Montpellier Méd. 1897. 5. sz.)

2. Kézizzadás ellen következő szer ajánlható, mely naponként háromszor dörzsölgendő be: Rp. Boracis, Acidi salicylici aa 15'0; Acidi borici 5'0; Glycerini, Alkoh. dil. aa 6'0. (Wiener mediz. Presse, 1897. 10. sz.)

3. Lábizzadás elleni szer: Rp. Alumnoli, Aristoli aa 10'0 Amyli pulv. 40'0. M. D. S. Hintőpor. Reggel és este használandó. (Practitioner, 1896. november.)

4. Dysenteria eseteiben nagyon jó eredménnyel használta *Maberly* a *Monsonia ovata* vagy *Monsonia Burkei* nevű növényből készült tincturát, melyet 4—6 óránként adott 8—15 grammos adagokban. Heveny esetekben 2—3, idült esetekben pedig 8—10 nap alatt állott be a gyógyulás. (Sem. méd. 1897. 8. sz.)

TÁR C Z A.

Elnöki megnyitó a magyar orvosi könyvkiadó társulat 1897. márczius 26-diki közgyűlésén.

Mondotta: *Högyes Endre* tanár.

Tisztelt közgyűlés!

A ki figyelemmel kíséri az orvosi rend mai socialis viszonyait, lehetetlen észre nem vennie azt, hogy ez az életpálya saját-szerű válságos korszakba jutott. Úgy tűnik fel, hogy míg az orvosi tudomány rohamos fejlődése e pálya követőinek napról napra több terhet és az orvoslás művészetének elsajátíthatására hovatovább nagyobb-nagyobb tudásbeli és anyagi nehézségeket hárít vállaira: a gyakorlati élet cserében e fokozódott testi és szellemi munkáért mindinkább csekélyebb-csekélyebb recompensatiót ad úgy a rend nagy összességének megbecsülésében, mint végzett munkája anyagi remunerálásában.

Az orvosi rend ethikai színvonala és anyagi jóléte súlyosdésának jajja halatszik minden országból, úgy a modern orvosi tudomány classikus földjéről, a honnan ez az orvos társadalmi miseria kiindult, Németországból, mint a magas ethikai színvonalú orvosi tekintély hazájából Angliából, hol e baj az utóbbi években szintén felütötte a fejét. Hasonló panaszok már régebben hallatszanak Franciaországból, Belgiumból, sőt a tengeren túlról a távoli Amerikából.

Ez országok mindenikében a munkáskérdés nagy socialpolitikai problémái uralkodnak a parlamenteken és a társadalom e nagy osztályán való segítéség oly törvények létesítésére vezetnek azokat, melyek megrendíteni látszanak orvosi rendünk létezésének anyagi alapjait. A munkás betegsegélyző pénztárak és egyéb jótékony-egyesületek elleni kétségbeesett kenyérküzdelem adja meg a saját-szerű jellegét a nagy egyetemes orvostársadalom „fin de siècle” állapotának.

A létezésért való küzdelem e nagy tusája nagyon alkalmas arra, hogy rész ittesség orvosi rendünk eddigi erkölcsi reputációján. A betevő falatért való örökös harc, a melyre kárhoztatva van e törvények által az orvosi rend egy jó része, könnyen ingatagga teszi a gyengébb erkölcsi erőt, és úgy kifelé mint befelé oly magaviseletre ragadja, mely alááshatja és súlyoszhetheti a rend ethikai színvonalát. Így a rendi külső bajokhoz belső bajok is szegődnek, melyek végelemzésben mind az orvosi hivatás nimbusának alászállására és széttűlésére vezetnek.

Különböző országok különböző orvosi rendjei szervezetségük, nemzeti egyéni saját-ságaik és társadalmi viszonyaik különböző voltához képest, e külső és belső romlás ellen különféle módokon próbálnak segítséget keresni. Közös jellemvonása ezeknek a testületi tömörülés egyes céloknak közös erővel való könnyebb elérésére: a különböző tudományos és orvostársadalmi egyesületek, elszegényedett orvosokat, azok özvegyeit, árváit segélyző, orvosi nyugdíj-szövetkezetek, a különböző kamaraszervezetek mind megannyi alakjai a testületi tömörüléseknek, melyek valamennyien mind azon törek-szenek, hogy az orvosi rend erkölcsi reputációját fentartsák, és különböző orvostársadalmi nyomorokon enyhítsenek.

Tapasztalat mutatja, hogy mind e törekvések országokra kiterjedőleg egyetemlegesen kevésbé sikerülnek, sem a német kamararendszer, sem az angol társadalmilag fegyelmezett facultativ orvosi associatiók, sem a francia egyesületi corporatiók a rend ama nagy miseriáin egyetemlegesen segíteni nem bírnak. Azok az orvosi rend keretén túlrő és az egész nagy társadalomra kiható socialis mozgalmakkal kapcsolatos viszonyok sokkal erősebbek, mintsem velük egyes társadalmi rend bármily tömörülése saját céljainak elérésére egyelőre és hamarosan megküzdeni bírjon. Alkalmazkodni kell hozzájuk és ez alkalmazkodás közben folytonos és kitartó munkássággal kell kikényszeríteni az események tényezőit, hogy a rendünk elzűlését fenyegető e veszélyek elháríttassanak. Ez alkalmazkodásnak is azonban csak akkor várható eredménye, ha a rend kedvezőtlen viszonyok daczára is fenn bírja tartani vagy vissza bírja szerezni, sőt folytonosan emelni magas erkölcsi és értelmi színvonalát. De ezt a magas erkölcsi és értelmi színvonalat a rend nem a kétes ethikájú tagjai felett gyakorolt atyáskodó felügyelettel vagy rendörkődő fegyelmi zaklatá-

sokkal, hanem tisztességes elemeinek tömörülésével és értelmi erejének emelésével éri el oly tömörüléssel, mely nem veszi fel és kizárja magából a selejtes elemet, oly tömörüléssel, melyben a rend értelmi súlya szabadon és önként fejlődik ki. A rend ethikai értékét és tekintélyének mértékét mindenkor a benne levő tagok tisztességének, tudásának és értelmi erejének színvonala adja meg; ezeknek emelése és a kellő magaslaton tartása a főfeladat; az erkölcsileg, értelmileg labilis elemek a rend e törekvésének előmozdításában nem számítanak, sőt a törekvéseknek csak útjában állanak. Velők törődni felesleges és czéltalan. Csak a szilárd tisztesség érzésű elemeknek tudásban és értelemben szövetkezése adhatja meg és emelheti a rend reputációját.

Az egyetemes orvosi rend századvégi nagy válságainak hullámasapásait érzi hazai orvosi rendünk is; a létért való küzdelem nagy árja hazai orvostársadalmunknak is sok iszapját veti felszínre, mely aggodalommal tölthet el bennünket rendünk erkölcsi reputációjá érdekében. E bajok ellen is a rend tisztességes elemeinek a bajok különféleségei szerint különféle irányban való önkéntes tömörülése és példaadása és rendünk tudásának és értelmi színvonalának folytonos emelése fog megvédeni bennünket. Erőszakos intézkedések — öntessenek azok bár törvények paragrafusai — az erkölcsi széttűlésen nem segítenek.

Rendünk tudásának és értelmi színvonalának emelésére munkálkodik közre a mi szerény önkéntes szövetkezésen alapuló társulatunk is, melynek csendes, de kitartó működése évről évre meg-hozza a maga gyümölcsét a hazai orvosi tudomány és művészet ideáljainak oltárára és ez által kétségen kívül hozzájárul rendünk erkölcsi tekintélyének gyarapításához is. Ez ideálokat kell ápolnunk és fentartanunk továbbra és pedig rendünk jelen válságos állapotában kétszeres erővel. Tisztességben, tudásban, értelemben önként egyesülve és az orvosrendi élet egyéb terén is hasonlóképen mint itten tovább munkálkodva, nem félhetjük rendünk becsületét és ki fogjuk vívhatni annak megérdemelt méltaságát. A magyar orvosok könyvkiadó társulatának ez évi közgyűlését megnyitom!

Heti szemle.

Budapest, 1897. április 2-dikán.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyűlése 1897. márczius 26-dikán.

1. *Högyes Endre* elnökle alatt jelen volt mintegy 25 tag.
2. Az elnök tárczarovatunk első cikkétül közölt beszéddel nyitotta meg az ülést.

3. Azután *Koller Gyula* I. titkár olvasta fel az igazgató-tanács jelentését az 1896-diki évi működéséről. A jelentés a következő:

A m. orvosi könyvkiadó társulat 1896. évi könyvilletményét, mint a társulat t. tagjai előtt ismeretes, a következő két munka képezi:

I. Emlékkönyv a budapesti k. m. tudomány-egyetem orvosi karának múltjáról és jelenéről. Magyarország ezredéves fennállásának ünneplése alkalmával írta és szerkesztette *Högyes Endre* dr., egyet. ny. r. tanár és orvoskari e. i. dékán XXXVI és 1003 l., 122 képpel és két színes táblával. Budapest, 1896.

II. A belgyógyászati kézikönyv. Szerkesztik *Bókay Árpád*, *Kélli Károly* és *Korányi Frigyes* tanárok. Harmadik kötet. Emésztési szervek betegségei. XXIII és 1054 l. A szöveg közt számos ábrával és két tábla melléklettel. Budapest, 1896.

Az első helyen felsorolt millenáris emlékkönyv a társulat kiadványainak rendes alakjánál lényegesen nagyobb — a kötet 3 cm.-rel magasabb és 4 cm.-rel szélesebb — formátumban s az országos ünnepi alkalomhoz méltó díszesebb kiállításban s kötésben jelent meg.

Az emlékkönyv megírása és kiadása a budapesti tud. egyetem orvoskari tanártestületének köszönhető, melynek megbízásából társulatunk elnöke azt szerkesztette. Az emlékkönyvben találjuk a *Mária Terézia* királyné által kiállított, a m. tud. egyetem magna chartáját képező inaugurale diplomát eredeti szövegében, továbbá annak első könyvében a budapesti k. m. tud. egyetem orvosi kara fejlődéstörténete átnézetét a millenniumig, második könyvében az orvosi kar kormányzatában, továbbá tanítói és tudományos életében felmerült fontosabb események átnézetes összeállítását. A harmadik könyv híj leírását adja az orvosi karnak a millenniumkor, a negyedik könyv végre elősorolja az orvosi karra vonatkozó, jelenleg érvényben álló fontosabb törvényeket, szabályokat és rendeleteket. Ezen kereten belül találjuk az emlékkönyvben az összes elhunyt tanárok életrajzait irodalmi dolgozataik felsorolásával, az elhunyt tanárok legnagyobb részének arcképeit olajfestményei, photographiái után készült heliogravurokban, a jelenleg élő tanárok, rendkívüli és magántanárok életrajzait és irodalmi munkáit

és a kar összes tudományos intézeteinek, továbbá az egyetem bölcsészeti kara természettudományi intézeteinek nemcsak leírásait, hanem tervrajzait, s egynehányan homlokrajzait is sikerült fényképekben, végre két színes graphikus táblát, melyek egyikén a budapesti egyetem orvosi karának orvos- és sebész-hallgatóinak száma 1770/71–1895/96-ig, másodikon pedig a budapesti egyetem graduáltjainak létszáma található ugyanezen időszakokra nézve, az orvosdoktorok, sebészmesterek, polgári sebész és szülészek, végre egyetemes orvosdoktorok külön színekben vannak kitüntetve.

Ezen tudomány és történelmi tekintetben tartalmánál fogva minden magyar orvosra nézve nagy érdeklődéssel bíró emlékkönyvnek utánnyomását társulatunk tagjai számára az orvoskari tanártestület elnökünk kérésére szíves készséggel engedte meg és az által a társulatot is mély hálára kötelezte, a mennyiben a társulatot ily módon csak az utánnyomtatás és a képek kiállítási költségei terhelték.

Az 1896-dik évi könyvilletmény két kötetének ívszáma 133 iv, 140 képpel és 5 táblamelléklettel. Az ívszám tehát ez évben 25 ívvel még nagyobb, mint az előző évben és daczára annak a két mű kiállításai költségei csak 176 frttal haladják meg a múlt évben e célra fordított összeget. Ez azonban csak az orvoskari tanártestület nagylelkű engedélye folytán vált lehetségessé s a jövőre zsinórmértékül nem szolgálhat. A társulat t. tagjainak múlt évben kiosztott könyvilletmény bolti ára 16 forint, tehát 100%-kal nagyobb, mint a társulat évi tagdíja. Állandóan ilyen nagymérvű kedvezményben csak az esetben részesíthetné a társulat tagjait, ha azoknak jelenleg már elég tekintélyes száma még tetemesen nagyobb mértékben megszorodna.

Tisztelt közgyűlés! A múlt évi közgyűlés alkalmával a jövőre nézve kilátásba helyezett munkák közül az egyikre nézve, melynek megírását Lechner Károly tanár tollából vártuk, sajnálattal kell jelentenünk, hogy a nevezett tanár tanulmányait az öntudatlansági és kétes elmebeli állapotokról nagyobb terjedelmű munka alakjában kívánja közzétenni, mint az ezútnak megfelelő volna és azért a mű befejezésétől és társulatunk általi kiadásától egyelőre elállt.

E szerint a f. évi könyvilletményre nézve a *belgyógyászati kézikönyv IV. kötetén kívül*, más munka kiadásáról is kellő gondoskodnia, örömmel jelenti az igazgató-tanács, hogy e tekintetben oly ajánlat érkezett a társulathoz, melynek elfogadása orvosi irodalmunkat ismét első rangú, tudományos művel fogja gazdagítani és pedig egyik legjelesebb tudósunk tollából. Ugyanis Mihalkovich Géza tanár, igazgató-tanácsunk tagja, néhány év előtt megjelent emberi anatómiájának most készülő új kiadásához *kiegészítésül külön fejlődéstani részt* írt, melynek megértéséhez a szükséges szemléltető képek tetemes költségeit a m. tudományos akadémia viseli. Miután eddig a magyar orvosi irodalomban fejlődéstani az emberre vonatkozólag meg nem jelent és szerzője éppen e téren tett vizsgálatait által a tudományos világban nagy tekintélyt vívott ki magának, az igazgató-tanács örömmel fogadta el ajánlatát, mely szerint mintegy 40–45 ívre tervezett művéből a tagjaink számára szükségelt példányokat méltányos áron engedi át társulatunknak. A munka nemsokára és még ez évben kerül sajtó alá, de minthogy a rajzok elkészülése sok időt vesz igénybe, annak megjelenése csak a f. év végére várható.

Vége tekintettel társulatunk azon tagjaira, kik a társulatnak tulajdonképeni feladatát képező szigorúbb tudományos búvárlat művelése mellett az orvosi téren felmerülő s általános érdekű közegészségi intézmények iránt is érdeklődve viselkednek, az igazgató-tanács szívesen fogadta el kiadásul egyik fiatal kartársunknak Kuthy Dezső dr. úrnak többnyire saját tapasztalatai alapján szerkesztett rövid munkáját a tüdővész sanatoriumi gyógyításáról, mely ezen nagy fontosságú kérdést alaposan tárgyalja s a minden világrészben keletkezett sanatoriumok berendezését ismerteti.

Vége kellemes közelességünk a közgyűlésnek tudomására hozni, hogy a m. évi ezredéves országos kiállításon társulatunk, mely a keletkező ötá megjelent kiadványait kiállította, a *kiállítási nagy éremmel* tüntettetett ki. Ezen társulatunknak megítélt legnagyobb kitüntetés tanúja annak, hogy a 33 év óta fennálló társulat buzgó és lankadatlan munkálkodása a m. orvosi irodalom fejlesztése és felvirágoztatása érdekében s az e részben eddig elért siker az ország tudományos vezérférfiai részéről is a legnagyobb elismerésre és jutalomra érdemesnek találtatott.

4. Azután Jendrassik Ernő II. titkár mutatta be az *alapítványi bizottmány jelentését* a múlt év folyamáról, mely a következő:

Tisztelt közgyűlés! Az alapítványi bizottság az elmúlt 1896. évre nézve jelenti, hogy ez évben a társulat számára sem új alapítvány nem tétetett, sem pedig az alapítványi tőkéből még be nem fizetett csekély hátralékban változás nem történt. Ellenben a rendes tagok száma a múlt évben is 25 új taggal szaporodott, úgy hogy leszámítva a halállal kimúlt 11 rendes tagot, az összes tagok létszáma, a mely múlt évben 1090 volt, ez évben 1105-re emelkedett.

A társulat bevételei múlt évben a rendes tagok díjai után 6948 frtot tettek, kamatokból 205 frt és értékpapírok szelvényeiből 2346 frt folyt be. Ezzel szemben az 1896-diki könyvilletményre fordított összeg ez évben is túlhaladta az alapítványi bizottmány által évenként 8000 frtra kiszabott összeget, miután a belgyógyászati kézikönyv III. kötetének költségei 6969 frtra rúgtak, az Emlékkönyv pedig 3745 frt 90 krt igényelt, tehát az összes könyvkiadásra fordított összeg 10,715 frt 40 kr. volt.

A VI. cyclus első 3 évében a társulat bevételei következők voltak:

Év	Alapítv. tőke	Rendes tagok	Kamatok	Szelvények	Kajdácys-alapítvány	Összesen
1894.	1325	7676	163	1781	1000	11,945
1895.	475	7083	195	2667	1000	11,420
1896.	—	6948	205	2346	1000	10,499
						33,864

A könyvkiadásra fordított összegek a következők:

1894.	{Thanhoffer Mikroskop	1,938.—
	{Belgyógyászat I. kötete	6,895.—
	{Belgy.	4,422.—
1895.	{Belgyógyászat II. kötete	6,304.—
	{Belgyógyászat I, II. kötete utánnyomás	817.—
A két évben		19,976.—
1896.	{Belgyógyászat III. kötete	6,969.50
	{Emlékkönyv	3,745.90
Összesen 3 év alatt		30,691.40

A társulat bevételei a múlt évben a rendes tagok befizetett díjai után 6948 frtnyi összegre rúgtak, azonban a VI. folyam első 3 évének tagdíjaiból még 1708 forint hátralék van kint, mely összegnek túlnyomó része még befolyni fog. A társulat vagyona a mérlegben 63,678 frttal van kitüntetve, melyből 57,344 frt 58 kr.-nyi összeg értékpapírokban a m. földhitelintézetnél mint tőke le van téve. A múlt 1896. év tetemes kiadásai teljesen kifizetve vannak és a f. évi kiadások fedezésére a budapesti takarékpénztár r.-társulatnál 785 frt, a m. földhitelintézetnél 3508 frt 56 kr., a társulat pénztárában 342 frt 48 kr., tehát összesen 4635 frt 72 kr.-nyi összeg áll rendelkezésre, ehhez fog csatoltatni a tagdíjak még ez évre be nem fizetett összege.

A társulat rendes tagjai sorából a mennyiben tudomásunkra jutott, következő kartársak halálát fáljaljuk ú. m. Ásztalos János, Bakó Gyula, Barnich Mór, Balog (Blau) Dávid, Belcsák László, 1896-ban belépett tag Fleischer Jenő, Horváth Gyula, Mezey Adolf, Molnár Géza, Nemes Emil és Szigei Ignác.

Az alap. bizottmány két kiküldött tagja által előlegesen megvizsgálta a társulat múlt évi pénztári számadásait s vagyonszerkezetét, melyek teljes rendben találtatván, *Török Sándor* pénztáros úrnak a szokásos felmentvényt megadtni és fáradságos munkálkodásáért közgyűlésileg köszönetet szavaztatni indítványoz.

(Folytatása következik.)

Navratil Imre 30 éves tanárságának jubileuma.

Navratil Imre tnr., ki a budapesti egyetem orvosi karán 1865/6-ban nyert magántanári képesítést a gégetükérszetből és a ki később a ny. rendkívüli, majd a ny. rendes tanári címet nyerte el, március hó 28-dikán ülte meg 30 éves tanárságának jubileumát. Volt tanítványai *Pertik Ottó* tnr. elnökle alatt az I. sz. belklinikai tantermében ünnepélyes ovatiót rendeztek számára, melyen ismerősei, jó barátjai, tanítványai és tisztelői nagy számban jelentek meg, a közoktatásügyi és honvédelmi ministeriumot pedig a két államtitkár képviselte.

A szép ünnepély következőleg folyt le.

1. *Pertik Ottó* tnr. nyitotta meg az ülést és intézte a *volt tanítványok* nevében az ünnepelthez a következő emelkedett és megleghangú beszédet.

Mélyen tisztelt kedves Barátunk!

A modern tudományos pessimismus azt tartja, hogy csak az ifjúság, az örök Maya, az illúsiók kora látja rózsásan vagy legalább is tűrhető színben az életet. Azt tartja, hogy a tudás fája nem az élet, hanem a halál fája; hogy a hiú, mulékony életnek nincsen holnapja; rövid tartama alatt pedig az erősebb joga kormányozza a lények egymáshoz való viszonyát. Innen a conclusiója: Szeresd Tenmagadat mindenek felett! Idegen szereteted pedig ne legyen senki iránt! Érvényesülj és élvezd! Célod szentesíti eszközeidet; a cél pedig Te vagy — Te magad! Azt tartja, hogy a felfogás nem beteges nézet, nem személyes álláspont, hanem a természet törvényeinek szomorú megismerése.

Tiltakozunk az élet ily sötét, ily vigasztalan, a hiúság és önszeretet túlzásán alapuló felfogása ellen. Az erkölcsi felfogást, az erkölcsi életet, az igazságot, a művészetet, a szeretet alkotásainak s a vallásnak vigaszán kívül, megmentjük, ha a szűk, nyomorúságos egyéni élet helyett a faj nagyszabású életét éljük.

A köznek rokonszenvétől, együttérzésétől megtermékenyítve, a mi egyéni életünk kiszélesedik és megsokszorozódik; de viszont visszajog belénk a mások szenvedése és felébred a vágy, hogy azt erőnk-höz mérten csökkentsük: azaz az irgalmasság, a részvét, a szeretet érzése fakad a nyomában.

Azt beplántálni a százados gyűlölség és önzés helyére: az az ideális altruistikus nézőpont, a mely a civilisatio emberére kötelező. Igen: az emberi méltóság kötelező, ha csak nem akarjuk proclamálni, hogy jobb baromnak, mint embernek lenni.

Az idealismus ezen kötelező mértéke, melyen kell, hogy a modern társadalom, mint egyik alapkőn nyugodjék, szülte mindenütt a hatalom

visszaéléseivel szemben a jognak, a fájdalom és nyomorúsággal szemben az irgalmasság és szeretetnek vallását.

Kétségtelen, hogy a tagadás szelleme e nézőpontot az önelégült fölény érzésével mindig megmosolyogta, de az emberiséget útjaiban előre nem vitte. És kétségtelen, hogy a tudomány első sorban küzd a mondott értelemben vett felsőbb rangú élet létesítéseért. Legyőzi a természetet s mindenki számára kényelmesebbé teszi az életet; s ha le nem győzheti is a halált, a legjobb úton van arra, hogy legyőzze a halál jogosulatlan tömeggyilkosságait.

Kedves Uram, szeretett Barátunk! nem olvasok a szívedben, nem látok a veséidbe, de nyitott könyvként előttünk az életed folyása, s ha tudjuk is, hogy ember vagy emberi fogatkozásokkal: szilárd a meggyőződésünk és megingathatatlan a hitünk, hogy annak a mondott felsőbb rangú életnek voltál mindig a hű, kitartó és becsületes munkása!

E meggyőződéstől áthatva jöttünk el ma, hogy tanítással és tudományos munkássággal ernyedetlen tevékenységben eltöltött 30 év után szívből üdvözlünk. Eljöttünk megköszönni, a miért 30 éven át oly sok orvosi nemzedéket önzetlenül, mert hiszen díjtalanul, tanítottál; — a miért mindig szeretettel serkentettél, hisz jól emlékszem, mikor mint orvosnövendékeket többünket asztalodhoz ültettél s a magyar orvosi tudomány felvirágoztatására felejtethetetlen barátoddal, Balogh Kálmánnal folytatott tervezgetéseiről szólva, munkára buzdítottál.

Eljöttünk megköszönni, a miért a magyar névnek a laryngologia terén annyi becsületet szerzettél! A Navratil neve — ezt senki sem tagadhatja — e szaktudomány történetébe eltéríthetetlenül van bevéve; hiszen ott állottál tudományszakod bölcsőjénél a nagy mester, Czermák oldalán!

Eljöttünk megköszönni, a miért annyi ezer meg ezer kórházi betegnek szenvedéseit enyhítettél s oly soknak életét mentetted.

A biblia szerint az Úr első sorban azt vizsgálja, hogy ki miként sáfárkodott a rá bízott talentumokkal. Köszönetet a példaadásért! Te mintaszerűen sáfárkodtál! Fukar csak az időddel voltál. Hogy miért? arra a Te irodalmi termékeid felelnek. Az akarat állandó megfeszítése, a mi nélkül a legkisebb jó sem létesül, kora ifjúságodtól volt meg nem változó tulajdonod.

És az ember? Az ő jó sorsa öt virágzó család fejévé tette, a mely minden időkre a haza szeretett földjéhez lett kapcsolva, mert a szerzett nemességet oly fogadalomnak kell tekintenünk, hogy a hazát balsorsában is soha el nem hagyva, kétszeres részt kérünk a közre irányuló önzetlen munkából.

És azért a mai nap az elismerés, az osztatlan öröm napja legyen. Ha lennének, a kik nem barátaid — és van-e, ki ez alól kivételt tesz? — úgy ezek is ma az Isten béke, a Trouga Dei napját kell, hogy ünnepelek Te Vele!

Engedd meg, hogy tanítványaid nevében e nap emlékére az ő szellemi termékeikből fűzött szerény koszorút — ez emlékkönyvet — tiszteletünk, hála és szeretetünk esekély jele gyanánt Neked átnyújtsam.

S ha majdan az élet harcza és sikerei után a magány békéjét és csendjét áhítozza a Te lelked, forgatva e lapokat emlékezzél jó szívvel mi reánk.

Adj a ég, hogy a híven teljesített kötelesség tudatában lelki békével és harmoniával élvezd a haza és tudomány díszére, családod és barátaid örömeire még hosszú évek során át fáradozásaid gyümölcsét ép testtel és fiatal lélekkel, mert a tisztesség, a becsület sohasem öregszik, csak öregbedik.

Isten tartson, Isten éltesse!

2. Azután *Moravcsik Emil* tnr. szólott mint a budapesti kir. orvosegyesület alelnöke, üdvözölve őt mint az első orvosi egyesület huzamos időn át kitartó munkását és igazgató tanácsa tagját, ki szaktudománya gyümölcseivel mint gége- és agysebész az egyesület tudományos munkálkodását gazdagította.

3. Majd *Hochhalt Károly* kórházi főorvos beszélt a *közházi orvostársulat* nevében, fejtegetve az ünnepelt 30 éves kórházi orvosi működésének humanitikus, tudományos és oktatási érdemeit, hála elismeréssel adózva a kórházi orvosi társulat megalakítása és tudományos működésének fejlesztése körül kifejtett tevékenységének is.

4. *Böke Gyula* tanár a magyar fül- és gégeorvosok egyesületének alelnöke üdvözölte az ünnepeltet mint az egyesület elnökét, átnyújtva neki az egyesület üdvözlő iratát, melyet valamennyi tag aláírt és a melyben ékes nyelven van tolmácsolva az ünnepeltnek a magyar gége-sebész körében alapvető munkássága; az üdvözlő iratot *Váli Ernő* dr. egyesületi jegyző olvasta fel.

5. *Rákosi Béla* dr. az orvosi segélyegyesület nevében intézett hozzá lendületteljes szavakat, meleg színekben ecsetelve őt mint humanus és emberszerető orvost, kinek oly sokszor lehetett része abban a felemelő érzésben, melyet egy gége-sebész érezhet akkor, midőn betegét a közeli biztos halálból tracheotómiájával megmenti. „30 éves orvosi multad előtt — úgymond — nem minden irigység nélkül hajtom meg hódolatunk zászlóját. Irigységem tárgya azonban nem te vagy, nem a 30 éves mult által szerzett hírad és díszesség, hanem azok az orvosi benyomások és érzések, melyekben hosszú pályádon mint gége-sebésznek és életmentőnek oly sokszor részed volt.“ Hála hangon emlékezik meg továbbá az ünnepelt azon érdemeiről is, melyeket az orvosi segélyegyesület érdekében annak keletkezése óta kifejtett.

6. *Scheimmer Ernő* tanár a magyar dermatológiai társulat nevében beszélt, fejtegetve az orvosi tudomány specialis szakmáinak fontosságát és jelezve az ünnepelt érdemeit a laryngologia fejlesztése körül,

melyeknek ünneplésében a társszakmák, azok közt a dermatologia is, őszinte örömmel vesz részt.

7. *Lichtenberg Kornél* dr. a poliklinika, *Abonyi József* dr. a fogtani társulat, *Kresz Géza* a budapesti önkéntes mentő-egyesület, végre *Csikó János* az orvostanhallgatók segélyző egylete nevében szólottak, elhozva egyesületeik üdvözlését és elismerését az ünnepelt tudománya, orvosi és tanítási érdemei iránt.

8. A hivatalos üdvözlések bevégeztével *Zsilinszky Mihály* közoktatásügyi államtitkár fejezte ki pár szóval örömét a szép ünnep impressiója alatt. Az ünnepeltnek nemcsak az okozhat örömet, hogy az orvosi szaktudomány és valódi emberszeretet érdekében kifejtett tevékenysége ily szép elismerésben részesül, hanem különösen azon boldogító tudat, hogy szakjának 30 év alatt egész új generációt nevelt. Kívánja, hogy eszméinek és eszményeinek diadalában még sokáig gyönyörködhessen azon lelkes fiatal nemzedék önzetlen munkájában, mely nemzedék saját mesterét oly lelkesen ünnepli.

Ugyanez időben érkezett két levél a honvédelmi és közoktatásügyi ministerek részéről, kik üdvözlőleveleket küldöttek a diszes ünnepélyhez.

9. Mindezen üdvözlések végeztével *Navratil Imre* tanár válaszolt azokra egyenként a következők:

Mélyen tisztelt uraim, kedves barátaim és pályatársaim!

A szeretetnek és megtiszteltetésnek ily számos és jelentékeny me nyilatkozása mélyen meglát. Szívem mélyéből mondom mindezekért hála köszönetet.

Volt gyakornokaim és segédek megleghangú üdvözlését hálattal szívvel fogadom. De mindenek felett megtisztelve érzem magamat, hogy betöltött 30 éves tanárkodásom idejét ti kedves barátaim, szellemi termékeitekkel tettétek emlékeztetéssé; meg vagyok róla győződve oly munkával, mely úgy a magyar, mint az általános orvosi irodalomban állandó becsű marad. Mi sem lehet méltóbb hozzátok ily ajándéknál, melyvel egykori tanítóknak kedveskedtetek.

A szeretetnek és hála oly nagy és fényes jele ez, hogy kértem magamtól, vajon érdemes vagyok-e arra részletekről; mert valóban a tudásnak vajmi csekély része az, a mit én veletek közölhettem. Látnálam jelesebb mesterek voltak vezetőitek és bizonyára példányképeitek is.

Ha valamiben van részem, az talán a szeretet, melylyel viseltetem irántatok, mint tanítványaim jelesebbjei iránt, az a törekvésem, hogy titeket, fáradságos nehéz pályátok kezdetén egy sebb jövő reményének élesztése által kitartásra buzdítottalak, hogy e célra a vezetésem alatt álló gazdag anyagot készségesen becsajítottam, a mikor csak tettem, rendelkezétekre, hogy azon magatokat tovább képezzétek.

De annál szívesebben tettem ezt, mert egy nagy, magasztos gondolatnak, nemzeti önművelődésünk eszméjének véltem szolgálatot tenni azzal, ha élesztettem bennetek azt a tizet, azt a képességet, mely titeket magyar orvosi kulturánk jelesebb harezosaivá avatott.

Öröm tölti el lelkemet, ha látom, hogy e szándékom mily fényesen valósult meg! A magyar orvosi tudomány terén manapság mérvadó tényezők vagytok! Adjon az ég nektek további eredményes működés-tekhez erőt és egészséget!

A budapesti kir. orvosegyesületnek szívélyes üdvözlését ez alkalommal szívem mélyéből köszönöm. 37 éve immár, hogy annak tagja vagyok, 25 évig voltam annak igazgatósági tagja. Nehéz időket éltünk akkor és a magyar orvosi tudományos élet csak béklyókba szorítva működhetett az absolutismus ideje alatt. Keresni kellett akkor az előadókat, a kik hosszú időn át csak a tanárok sorából kerültek ki. Milyen más képe van most az orvosi egyesületnek! Saját palatájában tartja gyűléseket és üléseit és az előadók már a gyakorló orvosokból kerülnek ki nagybárra. Így van ez helyen.

De nemcsak maga a budapesti orvosegyesület izmosodott meg s lett erőteljes törzsszé, hanem annak egyes ágai is immár önálló, tevékeny életet fejtenek ki. Első volt ezek közt: a magyar fül- és gégeorvosok egyesülete, követte azt a magyar bőrgyógyászok, szemészek, nőgyógyászok egyesülete és az elmeorvosok társulata, de törhetlen szeretettel működünk közre mindnyájan, hogy a megsemmisüléstől megmentsük. S mindezen egyesületek, az anyaeegyesülettel több-kevesebb szerves összefüggésben oly intenzív munkálkodást fejtenek ki, mely, a milyen üdvös és eredményes a hazai szaktudományok szempontjából, ép oly elismerést vív ki a magyar névnek a külföld rokon-szakmájú tudományos köreiben.

A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete e célból becsátja közre működésének eredményeit részint saját évkönyvei által, melyek eredetileg magyar s fordításban német nyelven jelennek meg, részint ülési tudósítások alakjában, oly eljárás, a mely szerény véleményem szerint, nemzeti önállóságunk teljes megvédése mellett, egyelőre a legalkalmasabb mód arra, hogy tudományos működésünk a külföld tudomására jusson. Így vettek már s vesznek tudomást egyetünkről német, angol, amerikai, francia, olasz és orosz orvosi folyóiratok és szakközlönyök.

A kórházi orvosok társulata, a fővárosi kórházak orvosainak összessége egyik elnökük által tolmácsolhatta azon benső collegialis viszonyt, mely engemet hozzájuk csatolt, fogadják ezen megtisztelésért igaz, őszinte köszönetemet.

Az orvosi kör országos segélyegyletének, mely szíves volt e mai napon üdvözölni, jó kívánatait hasonlókkal viszonzom, őszintén óhajtván, hogy igazi collegialis és em' erbaráti törekvéseiket minél nagyobb siker koronázza.

A budapesti általános poliklinikának, mely buzgó tagjai segélyével már rövid fennállása óta jelentékeny humanus és tudományos

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti magy. kir. tud. egyet. II. bel-klinikájából. Kétli Károly dr., igazgató-tanár.

Malum suboccipitale tüneteivel járó agydaganat. Hemi-atrophia linguae.

Közli Wenhardt János dr., gyakornok.

A leírandó esetet két oknál fogva tartom közlésre érdemesnek; először az agydaganat és a malum suboccipitale (a két legfelső nyakesigolyának és izületeiknek gümőkóros lobja) közötti elkülönítő diagnózis nehézsége miatt, másodsor a nyelv feloldali, különösen körzeti eredetű, sorvadásának aránylagos ritkaságánál fogva.

Cs. J., 30 éves, varrónő. Atyja szívbjában halt meg, anyja egészséges. 12 testvére közül kettő kiskorában, a beteg előtt ismeretlen bajban, hat felnőtt korában tüdővészben halt meg, a négy élő egészséges. Családjában idegbajos terheltség nincsen.

A beteg 12 éves korában átszenvedett tüdőgyuladástól eltekintve jelen bajáig állítólag mindig egészséges volt. 1894. tavasza óta tompa tarkótáji fájdalmak voltak, a melyek 1895. március havában tarkótáján roppanás érzete után hirtelen szaggató fájdalmakká fokozódtak. Fekvéskor csökkentek, a fej mozgatasakor növekedtek, 4 napi hideg borogatás után pedig megszűntek. 1895. őszén újra igen heves tarkótáji fájdalmak lepték meg, a melyekhez göresös fejfájások is csatlakoztak. Ezen időtől kezdve a fejét alig bírta mozgatni. A fájdalmak fekvéskor csökkentek ugyan, de sohasem szűntek meg egészen. Körülbelül 1895. november havában vette észre, hogy a nyelvének bal fele kisebb és hogy rágáskor az étel a bal fogsor és a bal arcfél között maradt. 1896. február óta ivásközben gyakran „félrenyelt” és ilyenkor köhögés lepte meg, de szilárd ételek nyelése sohasem okozott bajt. Ugyanezen idő óta néha fuladozott. Sohasem hányt. A beszédje állítólag megváltozott. Állandóan baloldali fülzúgás. Bajának okát nem tudja. Syphilis és trauma kizárhatók.

Felvételi állapot 1896. május 12-dikén. Vézna, sovány, elerőtlenedett beteg. Hőmérséke 36.6° C. (d. u. 3 órakor). A bőr és a látható nyálkahártyák halaványak. A nyak baloldalán apró mirigyek tapinthatók. A gyengéd csontrendszeren angolkór maradványai. A legfelső két nyaki csigolya nyomása igen fájdalmas. Szív, tüdők, hasúri szervek épek. Az érlökés

rythmusos, középtelt, elég feszes, 72. Étvágy jó. Székletevés rendetlen.

A nyelv mindkét fele egyformán nedves, de a bal fél a tér mind a három irányában tetemesen kisebb a jobbnál, halaványabb, szürkés-fehér szabálytalan elhelyezéű ránczok között mély árkok vannak rajta és petyhüdt tapintatú, míg a jobb fél halavány rózsaszínű, egészen sima és tömött, izomtapintatú. A nyelv bal felén fibrillaris rángások láthatók. Kinyújtáskor baloldalra tér, de különben minden irányban jól mozgatható. A tapintó és ízérés a nyelv bal felének elülső részén jó. A hátulso rész ez irányú és a villamos vizsgálat a beteg nagyfokú elerőtlenedetségénél fogva eredményesen nem végezhető. A lágy szájpad bal fele és a bal inyitorla valamivel lejjebb állanak a jobbnál és vékonyabbak. A garat hátulso falának felső részén nagy diónyi térfogat nagyobbodás van, mely rugalmas tapintatú és kissé hullámszik. A nyálkahártya felette rendes.

A jobb szembogár kissé tágabb; fényre és alkalmazkodásra mindkettő jól reagál. A látás jó. Az arcz érző és mozgató idegei épek.

A fájdalmaitól folyton nyögő beteg állandóan összegörnyedve a baloldalán fekszik, úgy hogy a bal kezével támogatott feje a bal válltól mintegy el van emelve és a jobb vállhoz közelebb van. Jobboldali fekvésben, mozgáskor és különösen a fejnek a gerincoszlop felé való nyomásakor az állandó, szaggató fejes tarkótáji fájdalmak rögtön fokozódnak. *Felüléskor vagy lefekvéskor az egyik kezével a nyakszirtejt mindig támogatja.* A fej óvatos activ és passiv mozgatasá minden irányban csak igen jelentéktelen kitéréseket enged meg. Feszesen, különösen az állandóan merev tarkóizomzatával csaknem rögzítve tartja a fejét.

Ülni csakis támaszkodva bír. Ilyenkor a fejét bal- és előfelé hajlítva tartja.

Magányosan nem bír járni, csakis hónalja alatt támogatva tud néhány lépést tenni és akkor erősen tántorog.

A mennyire a nagyon elesett beteg állapota a vizsgálatot megengedi, az érzés minden neme ép. A patella reflexek fokozottak.

Május 15-dikéig ezen állapotában lényeges változás nem állott be. A beteg ugyan sohasem volt öntudatlan, de mindig részvétlenül feküdt, nehezen, erőlködve gondolkozott és csak lassan felelt. Az álmos arczkifejezés minduntalan a fájdalommal váltakozott. A tarkótájáról és a nyakszirtről előfelé az egész fejre kisugárzó fájdalmak éjszaka rendszeren jobban kínozták a beteget; valószínűleg innét a folytonos álmatlanság. Diffus fejfájásról vagy szédülésről sohasem panaszkodott. A haláltól mindig félt. A hőmérsék és lélekzés rendes volt



az érlökés középtelt, puha, elég könnyen elnyomható, átlag 92. Sohasem hányt.

Május 16-dikán. A beteg éjszaka elvesztette öntudatát, hanyatt fekszik, szemei kissé kidülledtek, nem beszél, egész teste nagy fokban kékkóros, az érlökés fonalszerű, arythmiás, 120, Cheyne-Stokes-lélekzés, hörgés, szája habos. Ezen állapot többé nem változott és május 17-dikén reggel meghalt.

Diagnosis: *Malum suboccipitale*.

Boneczolat 1896. május 18-dikán. (Prof. Genersich.) A koponya csontjai vékonyak, tömöttek. A kemény agyburrok kissé vérdús, öbleiben folyékony és lazán alvadt vér. A könnyen levonható lágy burkok vénáskái erősen tágultak, kanyargósak. A corpus callos. kissé fölfelé domborodik. A négy gyomrocs és az aquaed. Sylvii tetemesen tágultak. Az érfonatok közepértartalmúak. Az agy kissé lágy, különösen a gyomrocsok körül; középverőfogalatu. Felsőről tekintve a kisagy bal fele jóval nagyobb a jobbnál (nyílirányú átmérők 7.5:6.0 cm., legnagyobb harántirányú átmérők kissé rézsút mérve szintén 7.5:6.0 cm.). Egyszersmind feltűnően puha a kisagy bal fele és alsó felszínébe a koponyaalapról kiemelkedő daganat (2.5:4.0:4.5 cm.) nyomul be, mely miatt a proc. cerebelli ad pontem hátsó és külső része, a flocculus, a tonsilla, valamint a lob. cuneatus elülső része erősen benyomott, lelapított és lágy. A daganat a kisagyból könnyen kifejthető és ezen csak krajezárnnyi területen marad meztelen felszín. A n. trig. ép; a n. fac. és acust. kissé lágyak, de a daganattal nem függenek össze. Ellenben a daganat felszínéhez tapadt n. vagust, access. Willisii-t és n. hypogl.-t az agy aljától 1 cm.-nyire elemeli; de míg az előbbi kettő egész lefutásában fehér, addig a n. hypogl. még mielőtt a daganatra ért volna, szürke és azután a daganat felszínén elvész. A n. abduc. ép. A Varol-híd bal, hátulsó része, a nyúltagy bal fele és a gerinczvelő legfelső része (a III. nyakesigolya magasságáig) összenyomottak és lágyultak.

A koponya alapjáról kiemelkedő daganat különösen a for. occip. magn. baloldali foglalt helyet. Alapjának legelülső része 1.5 cm.-nyire van a dorsum sellae turcaeae mögött, legkülső része 1 cm.-nyire terjed a porus acust. int.-on túl bal felé, hátrafelé pedig a for. occip. magn. közepéig ér. Ezen a pars basil. o. occip.-ből kiinduló daganat nemcsak a koponya-űrbe emelkedik ki, hanem a for. occip. magn. elülső széléről hátrafelé nyomul és annak nyílirányú átmérőjét körülbelül 2.5 cm.-nyire szűkíti. Az öreglyuk elülső és oldalsó szélét erősen uzurálta. Azután az I. nyakesigolyára terjedt át, ennek a bal- és előfelé eső harmadát körülfogta és apró darabkákká szétrombolta. Innét a II. nyaki csigolyára harapódzott át, fognyújtványát egy harmaddal megrövidítette, a felső felszínét és a bal felét, valamint testének az elülső felszínét durván egyenetlenné és érdessé tette. Az izületi porcok és a tokzalagok erősen romosultak; a lig. suspens. és a lig. alaria egészen elpusztultak, de a lig. transvers. elég jó állapotban van. A daganat maga meglehetősen tömött, majdnem egyöntetűen szürkés-fehéres, kocsonyaszerűen áttűnő foltokkal. A koponyaalapról és a legfelső nyaki csigolyákról a garat felé is kidomborodik és itt kis diónyi daganatot képez, mely mindkét Eustach-kürtnek nyílását keskeny hasadékká szűkíti. Előfelé a vomerrel is érintkezik, a nélkül, hogy ezen változást idézett volna elő. Az orr nyákhártyája halavány. Mindkét antrum Highmori-ban kevés tiszta savó, az ikesonti öblök tágak. A n. opt. hüvelye mindkét oldalt tág; a j. papilla ép, a balnak szélei kissé elmosódottak.

A gerinczvelő a mikroszkopos vizsgálat alkalmával tökéletesen épnek bizonyult.

A garat térfogatnagyságának a lágy szájpadot előre nyomta, a melynek bal fele megvékonyodott, pettyhűdt. A nyelv bal fele vékony, pettyhűdt, ráncos. A musc. genio- és hyoglossus jobboldalt barna-vörös, baloldalt egészen világosszürkés, sárgás és egy harmadára összeszáradt, pettyhűdt, a hyoglossus pedig szürkés áttűnő csíkokkal átjárt. A biventer max. és a geniohyoideus azonban mindkét oldalt fakósárgák, sorvadtak és zsírszövettel átjártak.

Diagnosis: *myxochondrosarcoma basis cranii ex osse*

basilari ortum cum compressione hemisphaerae sin. cerebelli, medullae oblongatae et pontis Varoli. Atrophia n. hypoglossi sin. et hemiatrophia linguae. Bronchopneumonia lobi inf. utriusque.

Mint a kórtörténet és a bonczolati jegyzőkönyv ezen rövid, kivonatos közléséből kiténik, a klinikai és kórboneczolati diagnosis nem vágnak össze. Hogy ezen esetben mily nehéz volt a helyes klinikai diagnosist felállítani és mily könnyű volt a tévedés, az a tüneteknek közelebbről való megtekintéséből mindjárt ki fog derülni. Hiszen több és nyomósabb tünet szolgált spondylitis mint agydaganat mellett, a min nines is csodálni való, ha szem előtt tartjuk, hogy a csigolyák és ízületeiknek legalább a makroszkopos elváltozása gümőkóros folyamatnál ugyanolyan, mint a minő roncsolást ezen esetben a sarcoma idézett elő. Különben már *Leyden*¹ tapasztalta, hogy az epistropheus fognyújtványának gümőkóros, rákos vagy sarkomás megbetegedése teljesen azonos kórképet idézett elő, csak hogy az utóbbi két esetben a fájdalmak fekvéskor sem szűntek meg.

A tarkótáji és nyakszirthei kisugárzó fájdalmak, melyek a fej legesekegyebb mozgatakor vagy a két legfelső nyakcsigolya nyomása alkalmával fokozódtak, ellenben lefekvéskor, midőn ezen csigolyák a fej nyomása alól felszabadultak, csökkentek, a fej rendellenes tartása elő- és balfelé, a nyaki gerincoszlop görbülete, balfelé való homorulata, a fej merev tartása, felüléskor és lefekvéskor a fejnek kézzel való támogatása, végül a nyelv féloldali sorvadása nyilvánvalóvá tették az atlantooccipitalis ízület megbetegedését és a kórfolyamatnak áttérjedését a „canalis hypoglossi“-ra. Tekintve továbbá, hogy nemcsak a fejnek biccentése, hanem függőleges tengely körül való forgatása is a legnagyobb mértékben korlátozott volt, az I. és II. nyakcsigolya közötti ízület megbetegedését is fel kellett vennünk. Mivel a bal n. hypoglossus volt beteg és a gerincoszlop bal fele volt megrövidülve (homorulat balfelé), azért feltettük, hogy a kórfolyamat főleg a csigolyák bal felét roncolta.

A baj természetére nézve három körülmény látszott felvilágosítást nyújtani: 1. a nagyfokú gümőkóros terheltség, 2. a garat hátulsó falán a térfogatnagyság növekedése, mely rugalmas volt és kissé hullámzott, a miért is súlyos tályognak tartottuk, végül 3. azon tapasztalat, hogy ilyen tünetes csoportot a nyakszirthe-csont alapi részének és az I. meg II. nyakcsigolyának a caries okozott. Ezeknek alapján az épen említett csontok és ízületeik tuberculosos gyulladását (*malum suboccipitale*, *Rust-féle betegség*) diagnosztizáltuk.

A bonczolás alatt tényleg a nevezett csontok és ízületek nagyfokú, főleg baloldali roncsolása derült ki, mely a klinikai tünetek legnagyobb részét okozta. De más természetű kórfolyamat és azonkívül koponyaüregbeli daganat volt jelen.

Törést vagy fízamodást a kórelőzmény zárt ki, rákot a beteg fiatalsága tett valószínűtlenné, maradt tehát a tuberculosis és sarcoma, a melyek közötti választásnál egyedül a statistikára voltunk utalva. A *Leyden*-féle megkülönböztető jelet, hogy cariesnél a beteg nyugalmi helyzetében teljesen megszűnik a fájdalom, míg sarcománál csak enyhül, nem használhattuk, mert észleltünk gümőkóros *malum suboccipitale*-ben szenvedő beteget, a kinek fájdalmai fekvéskor szintén csak enyhültek. Ha a garatbeli térfogatnagyság növekedése tömött tapintatú lett volna, akkor helyes irányba terelte volna a körjelzést, de mivel hullámzást tapintottunk és figyelmen kívül hagytuk a tályognál sokkalta ritkább lehetőséget, az ellágyult vagy, mint a jelen esetben, myxomás daganatot. Egyedül a statistika maradt, mely természetesen a caries javára döntött.

A koponyaüregbeli daganat nem volt diagnosztizálható, mert egy oly tünet sem volt jelen, mely kizárólag a harmadik koponyagödör daganatára jellemző volna, vagy *malum suboccipitale*-nél ne fordulna elő. A beteg csakis a tarkótájáról és a nyakszirthei kisugárzó fájdalmakról panaszkodott, de sohasem tulajdonképpen fejfájásról vagy szédülésről. Görcsök, ritka érverés, rendellenes lélekzés, pangásos papilla, hólyagzavarok, valamint a hátulsó koponyagödör daganatai esetében csaknem

¹ Albert: Diagnostik der chir. Krankh. 1893. 13. 1.

állandóan előforduló hányás mindvégig hiányoztak. A részvétlenség az elesettségből és kínzó fájdalmakból, a tarkómerevség és a nyelv féldoldali sorvadása a csigolyák megbetegedéséből jobban volt magyarázható. A tántorgó járást egyrészt a beteg igen nagyfokú gyöngeségéből származtattuk, másrészt a csigolyaszúval hoztuk összefüggésbe, mert volt klinikánkon (tuberculosis) malum suboccipitale-ben szenvedő beteg ki-fejezett cerebellaris ataxiával, mely *Dollinger* tanár mintája szerint készült fejtartó alkalmazása után néhány nap alatt eltűnt.

Végül az utolsó két nap viharos tünetei és a halál a csigolyák megbetegedéséből ép oly jól voltak magyarázhatók, mint agydagyanatból; a jelen esetben minden valószínűség szerint csigolyacsuszamlás idézte azokat elő.

Fülgyógyászati közlemények.

Böke Gyula tanártól.

(Vége.)

II. A csecсныujtvány üregének empyemája.

A bemutatott beteg esete az által válik tanulságossá, hogy a fülbántalom rövid idő alatt oly mérvű kiterjedést nyert, hogy a csecсныujtvány felvétele életmentő eljárásnak bizonyult és annak elodázása a legkomolyabb következményeket vonta volna maga után.

A beteg erőteljes 32 éves férfi, ki előadása szerint soha beteg nem volt, folyó év január 20-dikán jobboldali fülbántalma nagy fül-fájdalmakkal kezdődött, nem tudja ezeknek okát, ezek két napig kiállhatatlan szenvedést okoztak, erre egyszerre füléből geny kezdett szivárogni, midőn a fül-fájdalmak is megszűntek, fejfájása azonban, úgy mint betegsége kezdetén, még most is állandóan meg volt. Körülbelül 12 napra füle mögött fájdalmas daganat jelentkezett, melyre orvosa gyógyszerket majd piócákát rendelt. A fül- és fejfájdalmak úgy-szinte a füle mögötti daganat, valamint a fül-folyás folyton növekedvén, február hó 13-dikán a szt. Rókus-kórház fülbeteg osztályán fel lett véve.

Beteg meglehetősen elesett, fájdalmas arczkifejezésű, a jobb fülből bőséges geny ürül ki, a fülkagyló mögötti barázda teljesen elsimult, miáltal a fülkagyló mellfelé hajlítva a koponyától eláll. A kültakaró a processus mastoideus felett, de úgy a halánték, mint a tarkó tájéka felé tenyérnyi kiterjedésben élénk piros, feszült, erősen beszűrődött vízenyős tapintatú, érintésre nagy fájdalom áll be. Hőmérséke 38.1.

A beteg az éjjelt álmatlanul fájdalmas jajgatással töltötte, fájdalmait semmi sem csillapította, sem phenacetin sem borogatás, február 14-dikén a csecсныujtvány felvételéhez narcosisban fogtam; a fülkagylótól 1 centiméternyire a bőr be lett metszve 6 centiméternyi a fülkagylóval párhuzamos függő-lyes vonalban, a bőr és a bőralatti kötőszövet igen erősen beszűrődöttnek és vagy 1½ centiméter vastagnak találtatott, miáltal annak mell- és hátrafelé való tolása a csonthártyával együtt igen meg volt nehezítve, ennek eszközlése után az egész csecсныujtvány külső felülete áttekinthető és tapintható volt, a csont érdes tapintatúnak bizonyult, mit a periostitisnek lehetett betudni, mely a kültakaró nagymérvű beszűrődésének is oka volt, a csontfelület azonfelül kékesen elszínezettnek mutatkozott, sőt a linea temporalis alatt majdnem a processus középvonalán kis lencsenagyságú kiterjedésben szitaszerűen át-tetsző volt.

A processus mastoideus egész külső csontfedele korona-nagyságú terjedelemben rétegenként vésővel el lett távolítva, már ez is usurálva volt, az üreg, mely ily módon meg lett nyitva, telve volt genyvel, melyet sterilizált gaze-zel felszívattam és ekkor láthatóvá lett, hogy a csecсныujtvány csont-sejtjeinek helyét megvastagodott sötét-pirosszínű szétmálló nyákhártya foglalja el, ezt kanállal óvatosan eltávolítottam és mire ilyformán egy centiméternyi mély üregbe jutottam, a sinus sigmoideus lüktető fehéres színű falát tisztán látni lehetett, jelétül annak, hogy a fossa sigmoidea csontfala is elpusztult.

Az antrum mastoidei ily módon a dobüreggel nyílt közlekedésbe hozatván, az egész üreg jodoformgáz-zel ki lett tömve és kötés alkalmazva.

A beteg az éjjelt már alvással töltötte, este a hőmérsék 37.3, február 15-dikén hőmérsék 37.1, a beteg megkönnyebbülve érzi magát, a fej- és fül-fájdalmak egészen megszűntek; a fül-folyás egészen megszűnt, vizsgálatnál a dobhártya alsó hátsó negyedében kis kendermagnagyságú perforációt lehetett látni, a dobhártya többi része kékes-szürke fény nélküli, a kalapács-markolat rendes helyén fekszik. A bemutatás alkalmával, tehát a műtét utáni 10-dik napon a csecсныujtvány ürege szép sarkakkal töltődik ki, genyedés nincs, a dobhártya perforációja behegedt és a beteg egészen jól érzi magát.

A csecсныujtvány üregében talált elváltozások, a sinus sigmoideus csontfalának elroncsolása perisinusos tályognak kezdetét jelezték, meg volt adva az út, hogy a genyező kór-folyamat a sinuson tovább terjedjen és valószínűleg, ha csak néhány napig a műtét beavatkozása elmarad, sinus thrombosis, phlebitis és az agy komolyabb bántalmai beállanak. Látható esetünkben, hogy ezen eshetőségek a dobüreg lobjánál aránylag igen rövid idő alatt állhatnak be, az infectio természetétől függ annak gyors és pusztító továbbterjedése, mást nem is lehet esetünkben magyarázatul felhozni, a dobhártyában levő perforatio elég nagy volt, hogy a genynek szabad kifolyása legyen, genyretentióról tehát szó sem lehetett és így feltehető, hogy a lobos kór-folyamat mindjárt fellépésénél nemesak a dobüregben, hanem az antrumban is létrejött.

Tanulságos esetünkben a szünni nem akaró fejfájdalom, daczára annak, hogy a bántalom kezdetétől 2 napra a dobhártya perforálva lett és a genynek szabad útja volt; közön-ségesen ennek beálltával a fájdalmak megszűnnek és talán helyesen járunk el, ha ezen jelenséget, a szünni nem akaró fejfájdalmat otitis media purulentánál mindjárt az antrum bántalmazásának jelétül vesszük és annak megnyitásával, fel-vésésével sokáig nem késünk.

III. A csecсныujtvány üszkösödése.

A bemutatott beteg 4 éves kis leányka, halavány arcz-bőrű, különben jól táplált; anyja előadása szerint mult év szeptember hó elején vörhenyben betegedett meg, ezen beteg-ségében mindkét oldali fül-folyást kapott és néhány napra rá a baloldali füle mögött a bőr piros duzzadt lett, e daganat hideg borogatásra mindig megapadt, azonban ismét megújult, míg végre egy héttel ezelőtt feltört és azóta bő geny ürül ki ezen nyíláson.

Február 12-dikén a szt. Rókus-kórház fülbeteg-osztályára anyjával együtt fel lett véve, mindkét oldali fülből bőséges bűzös geny ürül ki, melynek kifeeskendezése után látni lehetett, hogy a külső hangvezeték falai felhám nélküliek, erodál-tak, a jobboldali külső hangvezeték középső táján a hátsó falból mellfelé álló kemény és éles szélű csont tapintható a kutatóval, e csont a külső hangvezeték belurét csaknem egészen elzárja; baloldalt ugyancsak a külső hangvezetékben csont tapintható, mely érdes felületű és a hátsó falból kiindulva, a mellső falba erősen beékelődött, úgy hogy kutatóval meg-mozgatni sem lehetett. A bal fül mögött a fül nyílásának alsó szélével egy vonalban egy centiméternyire a fülkagyló mögött egy lencsenagyságú kékes-vörös szegélyű bőrnyílás látható, melyből folyton geny ürül ki, melybe a sondával mell- és be-felé 3 centiméternyire behatolni lehet és mindenfelé érdes csontfelületre akadunk, az ürmenet nyílásával határos bőr-takaró rendes kinézésű, a csecсныujtványon feszesen tapad, a csont rendesnek mutatkozik, nyomás fájdalmat nem okoz. Hőmérsék 36.0, a gyermek a beszédet 5 meter távolságban hallja.

Február 15-dikén a jobboldali külső hangvezetékben tapintható csont csipő segítségével ki lett véve, ez 5—8 milli-meter átmérőjű érdes szélű necrotikus csontdarab, mely a külső hangvezeték hátsó falának egy darabja, kifeeskendezés után látni lehetett, hogy a dobhártya majdnem egész hátsó fele elpusztult. 16-dikán a genyedés ezen oldalon majdnem egészen megszűnt.

Minthogy a baloldali külhangvezetékben beékelt üszkös csontot megmozgatni és a fülnyíláson át eltávolítani nem lehetett és minthogy biztosnak vettem, hogy az a csec-snyujtvány üregének egy része, ennek felvésésével utat kellett teremteni, hogy annak elhalt részét eltávolítsam, február 17-dikén narcosisban a műtét foganatosítva lett.

A fülkagyló mögött tőle egy centiméternyire a linea temporalis helyétől egy 4 centimeter hosszú a sipolyos ür-menet nyílását magába foglaló metszés ejtetett egészen a csontig, a kültakarónak mell- és hátrafelé való letolása után az egész csec-snyujtvány csontfelülete környezetétől elválva egy kis diónyi nagyságú üregben feküdt, ezen üregben nagy mennyiségben bűzös, eves geny és ebben az elhalt csont, melynek külső felülete kékesen elszínesedett, azonban egészen sima belső felülete érdes sejtes elhalt csonttömeg, mely a külső hangvezeték hátsó falát képezte.

Az üregnek kikanalizálásánál a sinus sigmoides csont-falát elpusztulva találtuk, maga a sinus fala sötét-piroszínű és lüktetés tapintható; a külső hangvezeték hátsó bőrfala két helyen hasadékszerűen elpusztult. Az üregnek szorgos kikanalizása után a dobüreggel való közlekedő út feltárult, mire az egészet jodoformgaze-zel kitömve, kötés lett alkalmazva.

Február 18-dikán a beteg jól érzi magát, láztalan, a genyedés a fülből megszűnt és látható, hogy ezen oldalon a dobhártya alsó fele majdnem egészen elpusztult.

Gyermekeknél a halántékesont kifejlődésében van, a csontállomány még szivacsos, kivált a csec-snyujtvány ürege kisebb-nagyobb sejtekből áll, a közlekedés a dobüreg és csec-snyujtvány közt tág és rövid, úgy hogy lobos kórfolyamatok a dobüregből csakhamar a csec-snyujtványra is áttérjednek és minthogy a nyákhártya, mely ezen üregeket kibéleli, nagyon vérdús, a csontállomány elhalása gyermekeknél leggyakrabban fordul elő és így ezen korban láthatunk sipolyos nyílásokat genyező dobüregbántalmaknál az esetek legtöbbszörében.

Esetünkben figyelemreméltó, hogy a csec-snyujtványon látható sipolyos nyíláson kívül semmi kóros elváltozás nem mutatkozott, a kültakaró egészen rendes kinézésű, sőt a csont is a kültakarón át épnek látszott.

Sipolyos nyílásoknál a csec-snyujtvány külső felületén a gyógyeljárás rationalisnak mondható, ha úgy mint azt esetünkben tettük, a csec-snyujtvány megnyitását foganatosítjuk; e nélkül soha begyógyulást nem érhetünk el, sőtétben működünk, minthogy az antrumban levő kóros elváltozások el vannak fedve és ezeknek fennállása a sipolynak állandósítását hozza létre.

A nyak gümös nyirokmirigyeinek subcutan kiirtása

Dollinger Gyula egyet. ny. rk. tanártól.

(Vége.)

A végleges gyógyulás.

Első eseteimet azon aggodalmam is kísérte, vajjon nem válnak-e majd gümössé később azon nyakmirigyek, a melyek a műtét alkalmával nem voltak még megnagyobbodva s a melyek tehát ki nem irtattak. Azonban eddigi eseteimben ez egyetlen egyszer sem történt meg, pedig az első eseteim műtete óta több mint 4 esztendő telt el. Egy esetemben, a melynek kórtörténetét fentebb 4. szám alatt közöltem, az történt meg, hogy egy év múlva a másik oldal mirigyeit kellett kiirtanom, egy alantabb közlendő esetben pedig, a melyben tályogot nyitottam meg ezen úton, egy év múlva ez újra megtelt s új műtétet tett szükségessé, de oly esetben, a melyben mirigyek lettek eltávolítva, ha azok genyesek voltak is s a műtétet gyógyulás követte, a nyak ugyanazon oldalán még eddig műtét nem vált szükségessé, a mi tekintve eseteim meglehetősen tekintélyes számát, legalább is azt bizonyítja, hogy az erre való hajlam, ha ugyan egyáltalában létezik, csak vajmi csekély lehet. Különben, ha a mirigyek kiirtása után mégis megtörténne, hogy a nyak ugyanazon oldalán új mirigy-

daganatok fejlődnének, nem haboznék azokat ugyanazon úton eltávolítani.

Betegeim közül eddig, hosszabb idővel a műtét után ketten haltak meg, az egyik tüdővészben, a másik hashártya-tuberculosisban. Mindkettő azok közül való, a kiknél a műtét után a seb nem gyógyult meg p. p., hanem a sebtasak gümös lett, e miatt a nyakon ellennyilásokat kellett készíteni, a melyek gümös sipolyokká alakultak át.

Hogy a műtét indiciójának határait saját tapasztalataim alapján lehetőleg élesen körvonalazzam, több irányban tettem kísérleteket, a melyek részint positiv, részint negativ irányban döltek el, de a melyek mindenképen oly tanulságosak, hogy azokat a közlésre érdemesnek tartom.

7. Egy 16 éves, különben viruló leány jelentkezett nálam, a kinek a jobb tarkóján a m. st. cl. mastoideus felső tapadása mögött gyermekököllyi gümös tályogja s onnan az említett izom mögött a kulescsontig leterjedő gümös mirigyei voltak. En reáhatároztam magam, hogy e tályogot, miután közel feküdt a subcutan műtét sebéhez és miután felette a bőr még nem volt gümös, ennek a metszésével nyitom meg, s üregének kitisztítása után rajta keresztül hatolok a mirigyekhez. Majdnem biztosan számítottam rá, hogy kénytelen leszek ellennyilást készíteni, de egy kis ellennyilásból származó heget kisebb bajnak tartottam, mint egy olyat, a mely a nyakon végigvonul. A műtét 1895. május hó 21-én történt. Bemetszés a szokott helyen a hajzat alatt. Ekkor kitűnt, hogy a tályog a m. st. cl. mastoideus felső feje alatt fekvő mirigypakéta széteséséből származott, az izmot belülről kifelé áttörte, úgy hogy fele az izom alatt, fele felette a bőr alatt feküdt s homokóraszerű üregének két kiöblösödése az izmon keresztül egymással közlekedett. A tályogot kitisztítottam, az izmon áthaladó sipolyt kimetszettem és a tályog alsó falán áthatolva több mirigyet, a mely a tályoghoz közel feküdt és genyt tartalmazott, részint kanállal, részint elevatoriummal eltávolítottam. Azután a fentebb leírt módon eltávolítottam a kulescsont feletti árokban fekvő egynehány mirigyet és a sebet, vékony draineső beillesztése után, bevarrtam. A műtét után való nap este a temperatura 38.4-re emelkedett, különben a beteg láztalan maradt, 6 nappal a műtét után a draineső és a varrat eltávolított, genyedés nem volt, a seb p. p. begyógyult. A beteg ezen állapotban mutatott be 1893. június hó 1-én a budapesti kir. orvosegyesületben. Ekkor csupán a kulescsont feletti árokban, a kiirtott mirigyek helyén egy kis beszűrődés volt érezhető, a mely azonban csakhamar felszívódott, míg a heg alsó sarkában, a draineső helyén egy kis pörk közpödött, a mely alatt egy lencsényi gümös fekély volt. Ezt argent. nitricummal egynehányszor megtussoltam, migsem mintegy 6 hét múlva ez is teljesen behégedt. 1896. február havában a beteg a tályog kiújulásának még semmi nyoma sem volt, csupán a nyak közepe táján látszott egy apró mozgatható mirigy. Azonban 1896. június havában a beteg újra megjelent nálam s ekkor az első tályog helyén újra volt egy galambtojásnyi tályogja. Miután a bőr felette még akkor is, mint egy hideg tályog felett egészen rendes volt, újra subcutan módon nyitottam meg azt is. Julius hó 1-jén az első heg mellett bemetszettem, a tályogot szárazra kitérültem és a seb alsó sarkában draineztem. 7-én fonálkiszedés, a drainesőben egy kevés geny, ezért a drain marad, 18-án a draint eltávolítottam és helyét arg. nitr.-mal megtussoltam. Ezt 22-én megismé- teltem, mire 27-én az teljesen behégedt.

8. Ezen eset első műtétén felbátorodva, f. év február hó elején az Irgalmasrend budai kórházában egy férfibetegnek a st. cl. mast. felső fele mögött levő gümös mirigy-tályogját, a mely felett a bőr rendes és felemelhető volt, ugyancsak subcutan módon nyitottam meg s a tályogot a nyakon ejtett kicsiny nyíláson át 3 mm. átmérőjű drain-esővel draineztem, felül pedig a sebet teljesen bevarrtam. A tályog falai összetapadtak és 5 nappal a műtét után a drainesövet a varrattal együtt eltávolítottam. A draineső helyén, a midőn a beteg két héttel a műtét után az orvosegyesületben bemutattam, pontszerű heg volt. A beteg a kórházat ekkor elhagyta s azóta további sorsáról nem vagyok értesülve.

Hogy ezen gümös tályogok a p. p. gyógyulásra mennyire alkalmasak, azt a következő eset mutatja:

9. 16 éves leány, Kétly tanár ajánlatára keresett fel 1896. február havában, hogy gümös nyakmirigyeit vegyem gyógykeze- lésbe. A beteg ekkor olyan kevés vérű volt, hogy műtétet nem mertem neki ajánlani, hanem egyelőre belső szerelést ajánlva, a beteg haza, falura küldtem. Október havában újra megjelent. Ekkor jobb erőben volt, csak hogy az elmúlt fél év alatt a nyaka jobb oldalán levő mirigy- pamat szétmállott s az egész nyakoldalt a m. st. cl. mastoideus mögött fekvő tályog foglalta el, a melynek közepe táján a bőr mintegy mo- gyorónyi kiterjedésben előtüremkedett, de piros nem volt. A nyak bal oldalán a m. st. cl. mast. felső fele mögött egynehány mogyorónál nagyobb mirigy volt. Ez utóbbi mirigyeket, a melyek a műtét alatt sajtosoknak bizonyultak, subcutan módon távolítottam el, s a seb p. p. meggyógyult, de a nyak jobboldalán levő tályognak e helyen való megnyitására, miután az a kulescsontig terjedt s miután egy helyen a bőr is vékony volt, nem is gondoltam, hanem számítva a buzamosabb ge- nyedésre, a sebet a nyak alsó részére tettem, a hol a tályognak jó kifolyása lesz s a hol azt már egy közönséges gallérú ruha is elfedi. A seb tehát a kulescsont felett kezdődött és innen 5 cm.-nyire vonult felfelé, párhuzamosan a m. st. cl. mast.-al. A tályog kásaszerű gümös

geny tartalmazott. Az üreg száraz kitörülése után a sebet bevarrtam és draineztam. 5-öd napra a fonalak eltávolítása. A seb egész hosszában p. p. begyógyult, a drainsőben alvadt vér, a miért ezt is eltávolítottam. A következő kötés változtatáskor be volt gyógyulva a drainső helye is, sőt meglepetésemre le volt tapadva az előretüremkedő bőrrészlet is. A beteg azóta gyógyulva maradt. Ezen esetben tehát mindenek szerint akkor is p. p. gyógyulást kaptam volna, ha a tályogot felülről, a subcutan módszer metszésén át nyitottam volna meg, de ehhez előzetesen semmi reményem nem volt.

Kísérletképen egy olyan esetben is subcutan módon távolítottam el a mirigyeket, a melyben a gyulladás már áttért a mirigyek körüli kötőszövetre s a nyak beteg oldala ezen diffus kötőszöveti duzzanat folytán erősen meg volt vastagodva.

10. Ez egy 22 éves nő volt. A mirigyek nagyrészt könnyen ki lehetett szedni, mert a kötőszövet kissé vízenyős volt, mégis több megpuhult mirigy szétszakadt, úgy hogy darabjait a kanállal kellett eltávolítani. A mirigyek kiszedése után közvetlenül a nyak jóval vastagabb maradt. A sebvalon ezen esetben gümös lett. A fültő előtt egynehány szétesett mirigy feküdt és távolítottam el s e helyen később ellennyilást kellett készíteni. A beteg még jelenleg is gyógykezelés alatt áll, a nyak duzzanata a műtétet követő hetekben egy keveset apadt, de a seb és az ellennyilás teljes begyógyulása bizonyára még sok időt fog igénybe venni. Valószínű, hogy ha a beteg mirigyét nyílt metszéssel távolítottuk el, akkor sem gyógyult volna meg a sebvalon p. primam és a beteg sokkal inkább lett volna elégtelenítve, mint a hogy így lesz a gyógyulás befejezésével, de e csekély előnyért nem vélem érdemesnek, hogy subcutan műtétet végezzünk. Semmi esetre ne keltsünk ily betegben a műtét kimenetelét illúziókat. Úgy látszik, hogy az ilyen esetben a gyulladás által megváltozott szövetek a gümös méregnek már nem bírnak ellentállani, mert ugyanezen betegnek a nyaka bal oldalán levő mirigyét, a melyek körül gyulladás nem volt, ugyancsak subcutan módon távolítottam el s ezen oldal p. primam meggyógyult.

Ezen az iméntiekben leírt módszeremet Beck M. Chicagóban oda módosította, hogy valamely kiírtandó gümös mirigy felett először egy Thiersch-féle epidermis lebenyt készít, a melyet ott, a hol a bőrt át akarja metszeni, összefüggésben hagy az alapjával. A lebeny alapja mellett azután reámetesz a mirigyre, azt eltávolítja, a sebet egynehány catgutvarrattal egyesíti s a felhámlebenynyel befedi.¹ Azaz a felhámon ajtót nyit, azután tulajdonképen nyíltan kiveszi a mirigyet s a hegre reácsukja a felhámajtót. Ez a módosítás igen szépen van kigondolva, de a gyakorlatban nem válik be. Hogy a kérdéshez hozzászólbassak, Beck módszerét egy olyan esetben, a melyben a betegnek csupán egy mogyorónyi mirigye volt, megkísérlettem. A műtét nagyon egyszerű, a seb p. p. gyógyult, de az eredmény nagyon rossz volt, mert nem egy lineáris egyenes heget nyertem, hanem a felhám lebeny körvonalaival megfelelő csipkés szélűt, a mely sokkal csunyább, mint ha nyílt mirigykiírtást végeztem volna. A műtét tehát ezen legegyszerűbb esetek számára sem alkalmas. Olyan esetekben, a midőn az állalatti mirigyek, vagy a nyak hosszában nagyobb mirigyek dagadtak, a nyak egyenetlen felületein vajmi nehéz volna egy vagy több nagyobb felhámlebenyt készíteni. De eltekintve ettől, a heget e felhámfátyol nem teszi láthatatlanná, hanem csak még csunyábbá.

Végre még befejezésül meg kell említenem, hogy ugyan ezen módszer szerint egy felületesen fekvő *parotis enchondromát* távolítottam el. Az eset a következő:

11. 26 éves földművesnek a bal fültő alsó fele felett egy tyúktójas mekkoraságú enchondromája van, a mely 12 éves kora óta nőtt ennyire. Tekintve, hogy az enchondroma egészen a bőr alatt fekszik, elhatároztam, hogy megkísértem subcutan módon kiírtani. A műtét 1896. február 15-dikén történt, a kifejtést részint elevatoriummal, részint az újjammal végeztem. 18-dikán fonal és drainkiszedés. 22-dikén a beteget gyógyulva mutattam be a budapesti kir. orvos-egyesületben.

Mindezek után tapasztalataimat a következőkben vonhatom össze:

1. A gümös nyak és állalatti mirigyek subcutan kiírtása, a mely műtétet 1892-ben végeztem először és 1894-ben leírtam, a gyakorlatban bevált, mert 40 eset közül p. primam gyógyult 30 és ellennyilásokat csupán 7 esetben kellett készíteni; a gyakorlati cél tehát 40 eset közül 33-nál teljesen el lett érve.

2. Ezen eredmény nem csupán sajtos, hanem genyes mirigyek kiírtása után is bekövetkezhet.

3. Nem alkalmasak a műtetre azon esetek, a melyekben a gümös lob a mirigyekről a szomszéd szövetekre áttérte.

¹ La semaine médicale 1895. október 30.

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közli: Tóth István dr., egyetemi tanár-egéd.

(Folytatás.)

Miután magasfogóink nagy részét éppen szűk medence mellett végeztük s ez az a tér, a hol a magas-fogónak jogosultságát demonstrálni, bizonyítani leginkább szükséges, az ügynek az által vélünk legjobb szolgálatot tehetni, ha e közlemény lezárása előtt tanulmányunk tárgyává tesszük a klinikának összes szűkmedenczés szüléseit és levonjuk belőle az összehasonlító következtetéseket a különböző eljárásokat illetőleg.

A II. szülészeti klinikának 15 évi szülészeti naplóját tekintve át, az ezen idő alatt lefolyt 7775 szülés között 126 olyan szülési esetet találtunk, a melynél határozottan le van írva a medenczének szűk volta, illetőleg pontosan le van mérve a rövidült conjugata diagonalis. Ez adat szerint a szűkült medence az összes szülések 1.6%-a. Habár hazánkban a szűk medence nem gyakori, tudjuk, hogy a fenti szám nem foglalja mind magában a klinikán megfordult szűkmedenczét; sok spontán lefolyt szűkmedenczés szülés került ki ez irányban az észlelést, mivel a tanítási czélon kívül csak olyan esetben végeztük a medence pontos belső vizsgálatát, ha erre vagy a külső méretek abnormis volta, aránytalansága hívott fel, vagy a szülés lefolyásában fellépő valamelyes rendellenesség engedett szűkmedenczére következtetni.

Azonban így az adatok még inkább bírnak bizonyító súlylyal, miután a műtétet befejezett, illetőleg a nem rendes lefolyással bíró szülésekkel szemben, melyeknél minden esetre ismertük s feljegyeztük a medence szűkületét, aránylag kevés spontán, rendes lefolyt szülés áll szemben.

A 126 eset között 68 lefolyt spontán = 53.5%, 58 műtét után nyert befejezést = 46.5%.

A 68 spontán lefolyt szülés után élő volt a magzat 66-szor, halott 2-szer (2.9% mortalitas). Anya egy sem halt meg (0 mortalitas). Láztalan volt a gyermekágyban 48 = 70.5%, 1-szer lázas 13, többször 7 (10.2%), egészben tehát 29.5% mortalitas.

E 68 eset közül a *conjugata diagonalis*:

I. fokú f 11 cm. felett volt	14-szer (13 élő, 1 halott magzat)
szűküllet 11—10.6 cm. között volt	26-szor (25 élő, 1 halott magzat)
II. fokú f 10.5—10.0 cm. között volt	17-szer (17 élő, 0 halott magzat)
szűküllet 10 cm. alatt	6-szor (6 élő, 0 halott magzat)
Fel nem jegyzett	5-ször (5 élő, 0 halott magzat)

Ha az utolsó 5 szülési esetet is az I. fokú szűkületekhez vesszük, e csoportban 45 spontán lefolyt szülést találunk 2 halott magzattal = 4.4% mortalitas.

A II-od fokú szűkületekhez sorozható 23 esetben minden magzat élve született.

E második csoportnál a magzatok nagysága:

2500 gm. alatt	5 kora magzat (2 mesterséges koraszülés)
2500—3000 gm. között	6 magzat
3000—3500 gm. között	8 magzat (1-szer a conj. diag. 10.0 cm. alatt)
3500—4000 gm. között	3 magzat
4000 gm.-os	1 magzat (conj. diag. 10.5 cm. II P.).

58 esetben műtétet fejeztük be szűkmedenczénél a szülést, ezek közül azonban a 11 sectio caesarea-t (a mikor a magzat nem a szülőcsatornán át született) s az 1 symphiseotomiát (a mikor a medence térfogata változott) le kell számítanunk, hogy a fenti adatokkal párhuzamot vonhassunk s így marad 46 eset, a melyek között a *conjugata diagonalis*:

I. fokban f 11 cm. fölött volt	9-szer	10 élő, 10 halott magzat
szűküllet 10.6—11 cm. között	11-szer	
II. fokban f 10—10.5 cm. között	23-szor	12 élő, 11 halott magzat
szűküllet 10 cm. alatt	3-szor	mind halott

Összesen tehát 22 élő, 24 halott magzat = 52.1% mortalitas.

Műtétek szerint:

Műtét neve	Élő magzat	Halott magzat	Összesen	Magzat mortalitási százaléka
Összes fogó	11	2	13	15.3%
Magas-fogó	6	1	7	14.2%
Fejről lábrafordítás	3	6	9	66.6%
Haránt fekvésből lábrafordítás	7	1	8	12.5%
Medencevégű fokvésnél extractio	1	1	2	50.0%
Perforatio	—	13	13	—
Decapitatio	—	1	1	—

E 46 műtétnek kimenetele az anyára: meghalt: 6 = 13.9% mortalitas és pedig:

ruptura folytán: 3 (egy rupturával jött be, 2 fejről lábrafordítás után)

sepsis következtében 3 (közte 2 szülönőt már intézetben kívül operálgattak, mindhárom kisebbítő műtét).

Igy az intézet rovására esik 3 haláleset = 6.9% mortalitas.

A többi 40 operált eset közül láztalan volt a gyermekágy 21-szer, lázas 19-szer = 47.5% morbiditas.

Látható ez adatokból, hogy a 68 spontan lefolyt szülés 0 anya mortalitása áll szemben a szülőcsatornán át műveleg befejezett 46 szülés 13.9%, illetőleg az intézet rovására eső 6.9% mortalitásával; s a spontan szülések 29.5% morbiditása, az utóbbiak 47.5%-ával.

Habár tudjuk, hogy a művi úton befejezett szülések között több nehezebb, elhanyagolt állapotban felvett eset szerepel, az eredményekben levő különbség mégis minden esetre feltűnő s csak újból felhívja figyelmünket arra, hogy a szülést szűk medencénél is mindenképen igyekezzünk a spontan lefolyásra terelni.

Állítsuk szembe még egyszer a medenczeszűkületek foka szerint a spontan lefolyt s a műtét útján befejezett szüléseket:

	Spontan szülés	Műtét
I. fokú szűkület	conj. diag. 11 fölött ... 14 + 5 (a c. diag. nincs feljegyezve)	9
" " 11—10.6 cm. között 26		45
II. fokú szűkület	" " 10.5—10.0 cm. " 17	11
" " 10.0 alatt ... 6		23
	Összesen 68	46

A spontan lefolyt szülések között aránylag több az I-ső fokban szűkmedence, csaknem 2-szerese a II-od fokban szűkületeknek; míg a műtét útján befejezett szüléseknél már több a II-od fokú szűkület.

De még így is megjegyezni való, hogy e 114 szűkmedencezés szülés közül spontan lefolyt 68 = 59.6%, műtét nyert befejezést 46 = 40.4% és pedig:

a 65 I-ső fokban szűk medencénél: spontan 45 = 69.2%
műtét 20 = 30.8%
a 49 II-od " " " spontan 23 = 46.9%
műtét 26 = 53.1%

A míg tehát az I-ső fokú szűkületeknél a szülések több, mint $\frac{2}{3}$ -ada spontan folyt le, addig a II-od fokúaknál fele sem. (Még kedvezőtlenebb ez arány, ha a sectio caesareákat is ide vesszük, mivel ezek között több II-od fokban szűkület medence fordul elő.)

A II-od fokú szűkületeknél hasonlitsuk össze a született magzatok fejlettségét:

Spontan szülések	Műveleg befejezettek
2500 gm. alatt ... 5	2, közte 0 élő, 2 halott (1 perforált)
2500—3000 gm. között ... 6	5, " 2 " 3 " (3 ")
3000—3500 gm. " ... 8	15, " 9 " 6 " (2 ")
3500—4000 gm. " ... 3	3, " 1 " 2 " (2 ")
4000 gm.-os ... 1	—, " — " — " (— ")
4400 gm.-os ... 0	1, " — " 1 " (— ")
Összesen: 23	26, közte 12 élő, 14 halott (8 perforált)

Határozottan látható e táblázatból, hogy a spontan szü-

léseknél kisebb fejlettségű magzatokkal volt dolgunk, a menyiben 23 között 10 = 43.4% 3000 gm. alatt volt, míg a műveleg befejezett 26 között csak 7 (ebből is 4 perforált, tehát agy nélkül) = 26.5%. Ez arányhoz viszonyítva is feltűnő azonban, hogy a spontan született e 23 magzat mind élő (= 0 mortalitas), míg a műveleg befejezett 26 között 15 halott (= 57.6% mortalitas). E nagy számot a műtét esélyein kívül magyarázza a 8 perforatio s azon körülmény, hogy a 26 eset között néhányszor már előzőleg elhalt a magzat.

Az összehasonlításból azonban az is kiténik, hogy a műveleg befejezett szüléseknél az élve születettek egyáltalán nem mutatnak erősebb fejlettséget, mint a spontan élve születettek. Tehát erősebben fejlett magzatokat művi úton sem tudunk hasonló szűkület mellett élve a világra hozni.

Az egyes műtétek szempontjából a magzatra legkedvezőbb volt a harántfekvésből lábrafordítás (12.5% mortalitas), a mi minden esetre idejekorán végzett fordítás volt; egészen közel áll ez eredményhez a fogó (15.3%), illetőleg a magas-fogó (14.2%); a perforatiótól eltekintve a legrosszabb eredményt találjuk a fejről lábrafordítás után (66.6%) s ugyancsak e műtét volt legkedvezőtlenebb az anyára nézve is (2 haláleset ruptura folytán).

Mutatja ez áttekintés, hogy szűk medence mellett a különböző individuumoknál mennyire különböző a szülés lefolyása a magzat fejlettsége s egyéb a szülésben közrejátszó tényezők szerint.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1897. április 3-dikán.)

Elnök: Moravcsik Ernő Emil; jegyző: Lévai József.

Pseudoarthrosis humeri sinistri esete.

Bartha Gábor: A 14 éves korához képest erősen fejlett leány 4 év előtt törést szenvedett bal felső karja a középső harmadban feltűnően elvékonyodott. A deltoideus tapadása alatt, a kar külső felületén, 8 cm. átmérőjű, szabálytalan, kör alakú, mélyreható heg látható. E helyen minden irányban oly szabad mozgékony van jelen, hogy a törtevégeket derékszögbe állítani lehet. Beható vizsgálatnál kiderül, hogy a törési vonal ferde irányú, felülről és belülről ki- és hátfelé halad. Ennek megfelelőleg a felső törtevégi törési síkja a kar belső felülete felé, az alsó a kar külső felülete felé tekint. A tompa hegyben végződő törtevégek 3 cm. távolságban állanak egymástól s azokat erős kötőszöveti heg köti össze. A felső kar izomzata általában sorvadott; a biceps a törés helyén 2 cm. átmérőjű köteget képez. A kar használhatósága nagyon korlátozott. Abductiónál az alkar az alsó törtevéggel lehanyatlik. Az alkar hajlításánál, a kar mellfelé emelésénél, a törés helyén szögbehajlás jó létre hátfelé nyílt szöggel.

Az elmondottak alapján nyilvánvaló pseudoarthrosis gyógyítása céljából bemutató resectiót javasolt.

Megállapított műtét tervét, melyen változtatni nem kényszerült, 1896. augusztus 31-dikén chloroform-narcosisban, vértelenítés nélkül, a következő módon hajtotta végre: A heg közepén a sulcus bicipitalis externusban, 8 cm. hosszú metszéssel a törtevégek közé behatolt. A részben porcfehér fedett felső törtevéget synovialis hártához hasonló burok vette körül, melyben synovia s ízületi testecsek voltak. Az alsó törtevéget erős, rostos kötőszöveti heg fedte, mely a synovialis burokkal összefüggésben volt. A synovialis burkot kiirtotta. A törés felületeket a csontvelő ír megnyitásával 2—3 milliméter vastag csonttréteg levételével felfrissítette. Ezután a felfrissített törés felületeket a törési vonal irányában egymásra fektette s kicsit eltolta azon célból, hogy a törtevégek csúcsai a felkészített csontthártya alá jussanak. S most az alsó törtevégi csúcsát a felső törtevégi alapjához a belső oldalon hátul, a felső törtevégi csúcsát pedig az alsó törtevégi alapjához a külső oldalon mellül egy-egy ezüstsodrony-varrattal rögzítette. A két sodronyvarrat közt a törtevégeket még egy elefántesont-szöggel rögzítette, mely a törés felületek középpontján ferdén kívülről s felülről be- s aláfelé hatolt át. A sodronyvarratok és a szög a törtevégeket egymással szilárdan összerakták. A sebet csomós varratokkal egyesítette, megkeményedő organtinkötést alkalmazott, melylyel a kart az alkar derékszögű behajlítása mellett a mellkashoz rögzítette.

A lefolyás zavartalan volt. Az első kötésen a 33-dik napon, október 2-dikán ablakot vágott s a bőrvarratokat eltávolította. Ekkor a törtevégek közt az összefüggés szilárdnak bizonyult.

Az első kötést az 54. napon, október 23-dikán távolította el. Ekkor a törtrégek közt a sagittális síkban igen csekély mozgékonyaság volt jelen. Ezért a kart az alkar közepéig erős, rögzítő, levehető kötésbe foglalta. Naponként masszaget, fürdőt rendelt el a kar használatát a kötéssel megengedte. A beteg a rögzítő kötéset november 14-dikéig viselte. A kar használata közben a törtrégek közt a sagittális síkban nagyobb mozgékonyaság jött létre; lassankint a frontális síkban is fejlődött ki csekély mozgékonyaság; de a törtrégek egymástól hosszirányban el nem tértek.

A sagittális és frontális síkban észlelhető mozgékonyaság kifejlődésének magyarázatára felvette, hogy az ezüstsodrony-varratok a csontot maguk körül sorvasztották, átvágták. A törtrégeket csupán az elefánsont-szög tartja össze s ez akadályozza azoknak egymástól való hosszirányú távolodását. A Röntgen-fénykép a törtrégek egymásközi viszonyára vonatkozó felfogását igazolja. Daczára annak, hogy consolidatio nem jött létre s a törtrégek közt mozgékonyaság van jelen: a kar működése úgy szólna rendes.

A consolidatio lehetősége kizártnak nem tekinthető; előmozdítása czéljából a Stefánia-kórház igazgatója a beteg számára oly börtökös gépet készíttetett, mely a felső kart egészen, az alkart közepéig befoglalja és a törtrégek kellő rögzítése mellett a kar szabad használatát nem korlátozza.

Dollinger Gyula: Egy betegénél, a ki erős zúzódással párosult alszár-törést szenvedett és a kinél a sípcsont pseudoarthrosis fejlődött, hosszabb idővel a törés létrejötté után szóló a pseudoarthrosist kitértáta és azt találta, hogy a sípcsont alsó harmada sárga és vértelen volt, hogy csontthártyája teljesen el volt sorvadva, hogy rajta callus-képződésnek semmi nyoma sem látszott, míg a sípcsont felső törtrége körül, a mely különben rendes kinézésű volt, erős callus képződött. A necrobiotikus alsó törtrégen ezen callustömegbe belenyult ugyan, de vele szorosan össze nem forrt, hanem a callusnak egy üregében lityezett. A sérülés alkalmával valószínűleg elszakadtak a sípcsont alsó harmadának tápláló véredényei, miért is a csont a csontthártyával együtt elhalt és callus-képződésre alkalmatlanná vált. Ezen esetben tehát hiába volt lett volna az alsó törtréget a felsővel egyesíteni.

Ileussal párosult peritonitis septica laparotomia útján gyógyult esete.

Herczel Manó: M. Anna, 28 éves, cseléd, Felső-Vizniczéről: egészen egészségesnek érezte magát 6 héttel ezelőtt bekövetkezett elvetélsége, mely alkalommal 4 hónapos magzatot hozott világra. Utána 2 hétig ágyban feküdt, miközben magas lázak, véres folyás és nagy alhasi fájdalmak gyötörték. Jobban érezvén magát, felkelt, azonban székszorulásban szenvedett s nemsokára újból fellépő lázak, véres folyás és alhasi görcsök ismét ágyba döntötték. Ezen tünetek az orvosi kezelés daczára fokozódtak s egy hét előtt hirtelen fellépő igen erős, szaggató esaváros fájdalmak lepték meg, melyek azóta kisebb-nagyobb időközökben folytonosan ismétlődnek 10–15 percnyi tartammal; a lázak erősbödtek, 6 nap óta teljes szél- és székrekedés, hascsikarás mind gyakrabban és fokozódott mértékben jelentkeztek. Ehhez 4 nap előtt gyakori felbőgés, hányás járult, hasa mindjobban felfúvódott. Ezért márczius 4-dikén d. u. Korányi tanár úr osztályára vettette fel magát. Ott daczára a három ízben alkalmazott magas beöntéseknek; állapota nem javult, sőt bélsárhányás is lépett fel, mi miatt osztályunkra lett átvéve.

Felvételkor: a jól táplált, de elgyengült nő bőre subictericus színezetű, mellkasi szervei épek. Has erősen elődomborodó, puffadt, feszes, nyomásra mérsékelt fokban érzékeny, diaphragma magasan áll, májtompulat felső határa a rendesnél két bordaközzel feljebb van, alsó határa 3–4 harántujnyira van a bordaív felett, máj állásban, léptompulat normalis. Has felett dobos a kopogtatási hang, eltekintve egy 5 ujnyi széles tompulati sávától, mely a hypogastriumot és a hólyagtájékat kitöltve, jobboldalt a lumbal-regióba, baloldalt a hónalj-vonalig húzódik és a betegnek oldalra való fektetésekor kissé feltisztul. A has legnagyobb kerülete a köldök felett 94 cm. Parametriumok mindkét oldalt szabadok. Méh teste nagyobb, fixált, vaginában véres-gegyes bő váladék. Pulsus 104, respiratio 32.

Az ileussal párosult peritonitis miatt Herczel rögtön a felvételt után (1897. márczius 5-dikén) egy óráig tartó aether-narcosisban megnyitotta a hasüreget egy a köldöktől a symphysisig terjedő metszéssel, midőn a hasüregből körülbelül 1½ liternyi, sárgás-zöldek színű, zavaros-gegyes folyadék ömlött elő, melynek kibocsátása után az erősen táglalt, belővelt, györes-rostos alhártyákkal fedett, helyenkint összetapadt és többszörösen megtört vékonybelek toltak elő. Mivel a karvastagságú, puffadt kacsok között a folytonosságban vékonyabb összeesett kacsok is voltak közbetolva, azért, ebben lévén a bél átjárhatatlanságának okát, a vékonybeleket az ileo-coecalis billentyűtől kezdve egész a jejunum felső végéig fokozatosan előhúztuk és azokat alhártyás összenövéseikből felszabadítottuk. Végül az exsudatum lehetőleg teljes, száraz kiitatása után a hassebet áthatoló silkworm-varratokkal egyesítettük.

A betegnek, kit collaps-temperaturában operáltunk, hőmérséke közvetlenül a műtét után 40-80° C-ra szökkent fel. Másnap reggel már láztalan lett s ezután 3–4 napig estéli 38–38,5° hőemelkedések mutatkoztak, a reconvalescentia további folyamán láztalan volt. A peritonitikus tünetek is pár nap alatt a has kisfokú érzékenységre reducálódtak, műtét után 3. napra beöntésre híg széke volt, mely azóta hol spontán, hol klysmákra naponta jelentkezik. A varratokat 8. napra távolítottuk el, a seb per primam gyógyult. Két hétre az ágyat elhagyta. 1897. április hó 4-dikén gyógyultan elbocsátottuk.

Taufer Vilmos: Nem akarja kisebbíteni bemutató érdemét, a mennyiben bátor sebész felépésével ez esetben határozottan életet mentett. Nem hagyhatja azonban szó nélkül azt, hogy bemutató ez esetben puerperalis septikus peritonitist vesz fel. Meggyőződése szerint a puerperalis septikus peritonitis operatívval nem gyógyítható és ha közöltek is néhány ilyen gyógyult esetet, ezekben a diagnózishoz igen sok szó fér. Kifejti továbbá az okokat, hogy ezen bemutatót esetben miért nem lehet puerperalis septikus peritonitistől szólni és oda concludál, hogy a betegnél a bizonyos hetek előtt lefolyt puerperalis peritonitis adhaesiókat hozott létre, az alhártyáknak zsugorodása idejében bélelzáródás történt és hogy ez a bélelzáródás seropurulens peritonitisre vezetett. Elvileg tehát kimondható, hogy ezen eset sem igazolja, hogy puerperalis septikus peritonitis operatív úton gyógyítható.

Pylorus-rák miatt végzett gyomor-resectio gyógyult esete.

Herczel Manó: Cs. Mária, 47 éves, cseléd Gyöngyösről; egy év előtt az utczán elesett és jobboldalát megütötte. Azóta étvágya csökkent, állandóan göresös fájdalmakat érez hasában, sokat böfög és hány. A hányadék sokszor búzós volt, de sohasem fekete vagy véres. Fél év óta mindent emésztetlen állapotban kihány pár órával az étkezés után, székrekedés miatt mindenféle hashajtót kell használnia, a széketét fekete. Ugyanezen idő óta hasában egy daganatot vesz észre, mely ide-oda mozog. Egy év óta feltűnő módon lefogott, miért Dirner tanár consultálta, a ki öt műtét végéig osztályunkra utasította.

Felvételkor: az alacsony, erősen lesoványodott nő mellkasi szervei, csekély emphysemától eltekintve, épek. Has mérsékelt puffadt, különösen a mesogastrium, hol három harántujnyira a köldök alatt az erősen táglalt gyomor nagy görbülete félkörökben prominál s időnkint látható peristaltikus mozgásokat végez. A köldöktől jobbra, a bimbó-vonalban, a vékony hasfalon keresztül egy körülbelül kis alma-mekkoraságú, egyenetlen, dudoros felületű, kemény, nyomásra fájdalmas térimenaggyobbodás tapintható, melynek alsó széle a gyomornak a hasfalon keresztül is látható nagy görbületének folytatásában fekszik. Ezen tumor a hasüregben minden irányban igen szabadon mozgatható. Gyomorfelfúvaskor a gyomor alsó határát a symphysis felett két harántujnyira találjuk, a tumor a gyomor jobb sarkában foglal helyet, kissé jobbfelé tolik, a légzési mozgásokat nem követi. A gyomornedv semmi sósavat és igen kevés tejsavat tartalmaz. Sem a has mélyében, sem másutt mirigyek nem tapinthatók.

Ezek után kétségtelenül egy igen jól mozgatható pylorus-carcinomával állottunk szemben, melynek radicalis eltávolítása jó prognossal kivihetőnek látszott. Ezért Herczel 1897. márczius 3-án 2¼ óráig tartó chloroform-aethernarcosisban végezte a műtétet.

Miután 10 cm. hosszú a köldökön át vezetett metszéssel megnyitottuk a hasüreget, a rendkívül mobilis tumor előhúzásra könnyen sikerült. Tényleg a pylorust 6 cm. szélességben elfoglaló, kemény, dudoros felületű, rákos természetű új képlet fektet előtünk. Beszűrődött mirigyeket — kivéve a lig. gastro-colicumban, közvetlen a tumor szomszédságában lévő babnyi mirigyet — nem tapintottunk; a daganat a szomszéd szervekkel sehol sem volt összenőve, így tehát kedvező prognossal láthatunk a pylorus resectiójához. A daganat véredényeinek lekötése után a duodenum és a gyomor ürét elzárván, a gyomor pyloricus részét resecáltuk. A daganatot ily módon eliminálva, a gyomor sebt 15 és 20 Czerny-varrattal teljesen egyesítettük; majd a duodenum csomját Kocher szerint a balfélre visszacsapott gyomor hátulsó felületén ejtett, megfelelő nagyságú, sagittális irányú nyílásba illesztettük 18 és 19 csomós varrattal. Így a gyomor és a duodenum között egy új communicatiót hoztunk létre. Hasfali varrat. Kötés.

A resecált pylorus és gyomorrészlet kis ököl-nagyságú, mellső-alsó részén 2–3 ujnyi széles lig. gastro-colicum-részlettel, a melybe 2 babnyi nagyságú, infiltrált mirigy van ágyazva. Az extirpált gyomorrészlet az alsó peripherián 9 cm., a felsőn 6 cm. hosszú. A pylorus kerületének alsó ¼ részén egy 4 cm. hosszú, 2 cm. széles, kraterszerűen exulcerált fekély ül, mely felhártyát, keményen infiltrált szélektől van körüvezve és a duodenum felé eső szélén három 1½ cm. hosszú, 4–5 mm. széles, polyposus exerescentiával bir. A majdnem átjárhatatlanságig szűkült pylorust eme polyposusok jóformán teljesen elzárják. A kiirtás úgy a nyákhártyát, mint a gyomor falzatát illetőleg, mindenütt teljesen legalább 1½ cm.-nyire ép szövetben lett megejtve, a duodenumból utólag még egy jó cm.-nyi hosszú körkörös részlet lett resecálva, a radicalis gyógyulás biztosítása czéljából. A gyomor hátsó falának serosája ép, míg a mellső falnak serosáján épen a pylorus zsugorodott részletétől balfelé több miliaris, egész kölesnyi nagyságú, colloidszerűleg áttetsző carcinomatosus gócz látható. Göresői diagnózis: Carcinoma gelatiniforme.

Lefolyás: teljesen láztalan, ment minden peritonitikus tünettől. A bél átjárhatósága műtét után teljesen kielégítő. Sohasem hányt, sohasem csuklott. Ötödnapra beöntésre volt bő széke. Műtétet követő napon kapott kevés híg tápot, negyednap már 1½ liter tejet, nyolczadnap vagdalt húst. Seb per primam gyógyult. Tizennégy nap mulva elhagyta az ágyat, azóta mohón eszik, széke rendes, súlyban gyarapszik.

Nephrolithotomia a vese kettészézésével és varrásával.

Herczel Manó: D. Mór, 54 éves főalkusz Szegedről: mindig egészséges volt, a míg 7 évvel ezelőtt észrevette, hogy a vizelet végén égetést és csipést érez és a vizelete homokos. Három évvel ezelőtt vizelete véres lett, valahányszor terhet emelt, munkát végzett vagy kocizott. Ugyanezektől léptek fel nála rohamokban jelentkező, erős cikázó, nyomó fájdalmak a bal vesetájon, melyek többnyire a bal inguinalis tájra ki-sugároztak. E majdnem tűrhetetlen rohamok azóta közel naponta jelent-

keznek 1—1½ órai tartammal. Beteg teljesen lesoványodott, étvágytalan, álmatlan, székrekedésben szenved; utóbbi időben vizelete bűzös, zavaros, de csak a nagy rohamok alkalmával kissé véres.

Felvételkor: az erősen lesoványodott, teljesen kimerült férfi nyelve erősen bevont, mellkasi szervei épek; hasa nem puffadt, nyomásra schol sem fájdalmas. Máj- és léptompulat normalisak. A bal ágyéktáj kissé teltebb, felette tompa a kopogtatási hang. A bal, nagyobb vese alsó polusa palpabilis, míg a jobb vesét kitapintani nem sikerül. A vesetájak nyomásra, rohamon kívüli időben, egy oldalt sem fájdalmasak. A hólyag fala sima, nem trabecularis, benne kö nem érezhető.

Vizelet napi mennyisége 1000 és 1900 cm.³ között ingadozik, leggyakrabban 1400 cm.³ A vizelet napi mennyiségének ingadozására a rohamok feltűnőbb hatással nem voltak. Vizelet állandóan zavaros; állás után vastag, nyákos, fehér üledék képződik. Fajsúly 1,020 és 1,025 között ingadozik, kémhatása alkalikus, mérsékelt mennyiségű fehérnyét, kevés genyot, sok nyákot, néha, a betegnek több napi székszorulása után, meglehetősen sok indicánt tartalmaz. Betegnek kórházban való tartózkodása alatt vér a vizeletben kimutatható nem volt. Göresvíleg mérsékelt mennyiségű phosphorsavas ammoniák, magnesiás és szénsavas mészkristályok, kevés vörös, több fehér vérsajt, sok bakterium, 0 hámsejt, 0 cylinderek.

Mindezek után a kórismét baloldali vesekőben állapították meg és a kö eltávolítását célzó műtétet február 1-én 70 perczig tartó chloroform-aethernarcosisban végezték.

20 cm. hosszú Czerny-féle lumbalis metszés. A vese kifejtése és előhúzósa nehézségekbe ütközött, a mennyiben az szokatlanul nagy s a mint annak teljes kifejtése után meggyőződtek, 18 cm. hosszú volt. A kifejtés után a nem túlságosan tágult medencze kemény tapintatúnak bizonyult, karlsbadi tüvel beszűrőskor benne tényleg kemény, érdes felületű idegen testre bukkantak. A kö előrelátható nagysága miatt nephrolithotomiára határozták el magukat. Miután egy segéd a nagy vese hilusán mutatóujjaival a vese-ereket comprimálta, műtő a vese legnagyobb convexitását vezetett, 16 cm. hosszú metszéssel a vese kéreg- és velőállományán áthatolva, majd a vesekelyheket megnyitván, kettészelte a vesét s az előbukkanó hatalmas követ magfogóval egy darabban távolította el. A lobos és helyenként véromlensy medenczének bőrvízzel való kiirrigálása után, az edények folytonos comprimálása mellett, a vese sebét 12, a vese parenchymáján áthatoló, mély catgutvarrattal rögtön egyesítették. Majd a varratot néhány felületen finomabb közti catgutvarrattal kiegészítvén s a hasfali seb elülső-alsó 2/3-át keresztliható selyemvarratokkal egyesítvén, annak felső sarkába egy, a veséig érő steril-gazeecikot vezettek be. Kötés.

Az egész műtét alatt a vese alig vérzett s a varrat végezése után szárazon lett eredeti helyére visszahelyezve.

Az eltávolított kö 6 cm. hosszú, 3½ cm. széles, 2 cm. vastag, phosphorsavas mészmagnesiából áll, felületén finoman szemcsézett, színe sárgás, sárgás-fehér és formájában terhes ölelhez hasonlított, 7 a kelyhekbe nyúló, azok lenyomatát feltüntető, lúdtoll-író-vastagságú, átlag circa 1 cm. hosszú nyulvánnyal bír. Egy nyolezadik, ezekkel ellentett oldalon helyt foglaló nyulvány az urethernek felel meg. A kö súlya 13-30 gm.

Lefolyás: a seb részéről minden reactio nélküli, zavartalan. A beteg állandóan spontán vizel, láztalan, műtét napján erősen véres, másnap kevésbé véres, harmadnap teljesen vérmertes vizeletet ürít. A vizelet napi mennyisége műtét utáni 1-ső nap 600, 2-dik nap 750, 3-dik nap 950, 4-dik nap 1050, 5-dik nap 1000 cm.³; innen kezdve 1—1½ liter között váltakozik, teljesen tiszta, rendellenes alkatrészeket nem tartalmaz. A lumbalis seb alig secernál, rajta vizelet sohasem távozik el, úgy hogy, midőn műtét után 5-dik nap a gazeecik egy újabb kisebbel lesz felcserélve, a seb teljesen száraz és környéke sehol sem érzékeny.

A vese sebé tehát teljesen per primam gyógyult, a vesekőről sebüreng kitelődése azonban csak lassan haladhatott előre, mert a reconvalescentia folyamán a betegnek egy régi és most súlyosbodott bél-atóniája ellen kellett küzdenie. Ez majd 3 hétig minden táplálékot lehetetlenné tett, úgy hogy a beteget csőrékkel kellett táplálni. Ennek műtétével a gyógyulás rohamosabban haladt előre, úgy hogy a beteg műtét után 5 héttel az ágyat elhagyhatta, azóta táplálkozik, súlyban folyton gyarapszik, mire a seb teljesen begyógyult.

Dollinger Gyula: Bemutató azt mondotta, hogy miután a vesét szabaddá tette, kemény idegen testet érzett benne, mely nagy volt s ezért nem a medenczén, hanem a convexitáson metszett be, mely metszés szölv véleménye szerint túlságosan nagy volt a köhöz képest. Manapság úgy áll a dolog, hogy a medenczén át nem hatolhat be, mert a convexitáson ejtett metszésnél a vérzés rendesen kisebb és a gyógyulási chanceok nagyobbak. Szölv két esetet operált 3 év előtt Kéti kluikáján és egész hosszában volt kénytelen a vesét felmetszeni; csekély vérzés volt, szövvarratot alkalmazott s mindkét esetben per primam gyógyulást ért el.

Herczel Manó: Dollingerrel szemben megjegyzi, hogy kis köveknél ma is a vesemedenczét metszik fel és sero-serosus-varrattal egyesítik és így is per primam gyógyulást érhetünk el. Eltekintve az egyes eset helyrajzi viszonyától, minden operateur individualitásától, kedvétől függ, vajjon a medenczén vagy a vesegyurmán át hatol-e be; a fő az, hogy a kö legyen könnyen eltávolítható és a beteg meggyógyuljon. 12—14 cm.-es metszést kell a vese kettészélesekör a vesén át ejteni, mert a nyílás befelé tölcérszerűen szűkül és ügyelni kell, hogy a vese parenchymája a köextractiója alkalmával ne zúzassék, ne sértsék. Mellékes, hogy a metszés kissé nagyobb, a lényeges, hogy ne kelljen zúzni a vese gyurmáját és a nagy elágazó követ egy darabban távolítsuk el.

Echinococcus eset sublimat injectióval kezelve.

Kéti Károly: C. H., 27 éves, hajadon. 1895. decemberben jobb oldalában többször szúrásokat érzett; háribaja ugyanekkor elmaradt és légzési nehézségei is voltak köhögési ingerek kíséretében. Tavasszal állapota jobbra fordult és egészen 1896. december haváig semminemű kellemetlenségei nem voltak, a midőn karácsony táján hirtelen ismét oldalszúrásai támadtak ugyanazon az oldalon, lélegzete pedig igen nehéz lett. Orvoshoz fordult, a ki nála exsudatum pleuriticumot diagnosztizált és kóródáma küldte be.

Első pillanatra a diagnosis előttem is helyesnek látszott; ugyanis a jobb mellkas fél a balnál 3 cm.-rel tágabb volt, a légzésnél visszamaradt; hátul egészen a spina scapulaeig fel a kopogtatási hang tompa volt; felette úgy a légzés, mint a bronehophonia és a pectoral fremitus gyengült volt. Szív balfelé volt eltolva.

Csak az tűnt fel, hogy jobboldalt elül a máj felett mintegy tenyérnyi területen a kopogtatási hang dobos volt, úgy hogy körülírt pneumothoraxra is gondoltam. A próbapunctio megejtése alkalmával kiderült, hogy echinococussal van dolgunk. Erre engedett következtetni ama körülmény, hogy a nyert folyadék egészen víztiszta, átlátszó, teljesen fehérnyementes és dús konyhasótartalmú volt; göresövi vizsgálat alkalmával pedig echinococcus hártvárszleteket láttunk.

1896. december 31-dikén kapta a beteg az első sublimat-injectiót, még pedig 1% sublimat-oldatból 20 cm.-t fecskendeztünk be, ugyancsak 20 cm. folyadék előzetes kibocsátása után. Az injectio után a beteg egészen 1897. január 20-dikáig lázas volt, miatt a tompulat teljesen visszafejlődött; mellül azonban a dobos kopogtatási hang megmaradt; ezek után alapos reményünk volt, hogy a beteg meggyógyul. Azonban február 15-dikén a betegnél ismét láz lépett fel és a tompulat 5 nap alatt ismét eredeti magasságára emelkedett fel. Az ekkor végzett próbapunctio alkalmával a folyadékban genyot és echinococcus horgokat találtunk.

Most azon feltevésből kiindulva, hogy a befecskendezett sublimat mennyisége kevés volt, február 26-dikán 40 cm. folyadék kibocsátása után 30 cm.-t injiciáltunk 1% sublimat-oldatból. A kívánt hatás azonban ezúttal is elmaradt, a mennyiben a lázas reactio kíséretében a tompulat leszállt ugyan az 5. bordáig, de ezen a magasságon meg is maradt egészen f. é. április 5-dikéig, a midőn a beteg kóródamat javulva elhagyta.

A betegség lefolyását tovább is figyelemmel fogjuk kísérni.

Tetania két esete.

Sarbó Arthur: Felhívja a figyelmet arra a körülményre, hogy nálunk Budapesten ez ideig csak elvétve sporadikusan volt tetania észlelhető és most úgy látszik egy endemia elején vagyunk. Hivatkozik a Frankl-Hochwarth által kiemelt körülményre, hogy a tetaniának ily endemiás fellépése más városokban, Páris, Bécs, Heidelberg is észlelhető volt, illetve észlelhető most is. A bemutatott két eset fiatal 14—18 éves egyéneket illet, a kik azzal a panasszal keresték fel előadót, hogy 1 hét óta zsibbadás és göres fogja el kezüket, lábukat. Közelebbi vizsgálat kiderítette, hogy tonikus intermittáló göresökben szenvednek, jelen van a facialis — Chvostek-tünet; fokozott galvanikus ingergerlékenység — Erb-tünet; szóval a tetania biztos tünetsoportozata. Az egyik beteg foglalkozására nézve lakatos; a másik betűszedő. Utóbbinál az ólom-mérgezés nyilvánvaló tünetei hiányzanak ugyan, de jelen van leukocytozis.

Jendrassik Ernő: Csatlakozik Sarbó tagtárs úr felvételéhez, mert a legutóbbi napokban ő is két esetet látott ezen Budapesten nem gyakori kóralakból. Mindkét eset az anatomiai intézetben lakó szolgaszemélyzetben fordult elő. A tetania kóroklag még nem tisztázott s ezen szempontból igen érdekes bántalom; felszólal úgy véli, hogy a látszólag különböző kóroki tényezők tulajdonképpen csak a különböző dispositióból folynak, az alap ok azonban azonos. Így ismeretes a gyengébb szervezeti esecsemők hajlandósága, továbbá a szoptató nőké, stb., az általa észlelt esetek elsője tényleg szoptató nő volt.

Donáth Gyula: A mult héten volt egy, 9 éves, jól fejlett inas fiúra vonatkozó tetania esete, a kinél semmiféle neuropathologiai elváltozás nem volt constatalható; hirtelen kapta a tonikus göresöket, úgy hogy nem volt képes tovább mozdulni; bromkalit kapott. E betegség Bécsben már évek óta endemikus.

Gyurman Emil: A budai oldalon minden évben van egy-két és pedig valóságos genuin tetania eset, úgy hogy nem mondható ritkaságnak.

Kéti Károly: Sajátságos, hogy a gyermekeknél észlelt tetania néha bélkólikával jár. Így legutóbb szölv észlelt egy esetet, hol a 12 éves fiúnál napok óta makacs obstipatio állott fenn, a mely ellen inf. laxativum vindobonenséből vett be néhány kanállal, mire néhány óra múlva kólika következett be az egész testre kiterjedő tetaniával; pár óra múlva kiürült a bél és a tetania oldódott. Egy másik esetben két éves gyermeknél béleatarrhus mellett fellépő kólikánál állott be tetania, általában többször látott szölv bélkólikák következtében tetaniát fellépni, melyről nem tudjuk mérgezési tünet-e, vagy pedig reflectorikusan váltatik-e ki a kólika által.

Taub Gyula: Utóbbi időben ismételtelen volt hasonló okból fellépő tetania esete; legutóbb egy két hónapos csecsemőnél magas láz kíséretében lépett fel, de hashajtók adagolására öt nap alatt megszűnt.

Sarbó Arthur: A felemlített esetek is bizonyítják, hogy a tetania Budapesten endemia; megengedi, hogy Budán 1—2 eset évente előfordul, de az a körülmény, hogy Budapest különböző helyein 1—2 hét alatt öt eset fordult elő, ki lévén zárható, hogy ugyanazon eset fordult meg

a különböző rendelkezéseken, valószínűvé teszi az endemiát; Laufenauer klinikáján 1888-tól ez ideig mindössze egy eset fordult elő és most egyszerre öt eset, a mi szintén az endemia mellett szól.

Nephrolithiasis esete.

Korányi Sándor: 40 éves nőbetegnél, ki 4 év óta eleinte bal, később jobb oldali fájdalommal járó vesekő-kólikákban szenved, fél év előtt ilyen kólika kapcsán jobb oldali hydronephrosis jött létre. A bal vese alsó csúcsa tapintható levén, az előremet baloldali fájdalomtól kísért kólikarohamok valószínűvé tették, hogy a bal vese is beteg. Lehetséges lett volna azonban, hogy a bal vesemedencében képződött kövek kiürültek, miután ilyenek a rohamok után a vizelettel távoztak és baloldali roham régebben nem jelentkezett. A bal vese állapotának kiderítése céljából vörsvizgátat ejtetett meg. A vér fagypontja a normális 0.56° helyett 0.65° volt és oxygen átvétele után nem változott, a miből következett, hogy a vér rendellenes nagy fagypontsüllyedése elégtelen veseműködésből származik. Miután ez csak kétoldali vesebetegségnél állhat fenn, arra a következtetésre kellett jutni, hogy a bal vese is beteg. Ezt a következtetést fényesen igazolta egy a vörsvizgát után 2 nappal fellépett baloldali vesekő-kólika, a melynek folytán mérsékelt nagyságú baloldali hydronephrosis jött létre. Ez eset igen alkalmas a vörsvizgát említett módja megbízhatóságának igazolására. Kétoldali vesekőbetegség levén jelen, a vesekövek eltávolítása kétoldali nephrotomia útján van indicálva.

Kéti Károly: Két-három év előtt szólónak klinikájára a vidékről egy 12 éves fiút hoztak, azért, mert 4-6-8 hetenként rázóhídeg kíséretében rohamszerűleg vesetáji fájdalomokat kapott. A rohamok leírásából, rázóhídeg, vesetáji fájdalomból, véresebb vizelet fellépéséből vesekő-kólikára gondoltak, s ezért elhatározták az operációt; a műtétet Dollinger végezte, a ki a convexitáson feltárta a vesét, de követ nem talált. Ezen eset is bizonyítja, hogy vesekő nélkül is felléphetnek vesekő-kólikaszerű rohamok.

Korányi Sándor: Szólok is észlelt egy esetet, hol vesekő diagnosztizáltatott, s a hol követ nem találtak; a bemutatott esetben azonban kövek mentek el, hydronephrosis van jelen, s valószínűleg lesznek még kövek jelen.

Lues congenita néhány esete.

Szalárdi Mór: Előadó szándéka a fehér kereszt-egyesület által követett eljárást a nő és gyermek vizsgálatnál és a luetikus gyermek gyógykezelésénél, az orvosegyesületnek bemutatni, mely eljárás által eddig több mint 1000 elhelyezett dajka között egyetlen egy sem volt syphilitikus és 4000 elhelyezett csecsemő között csak egy inficiálta a tápanyát.

Jelenleg csak 5 luesben szenvedő esetet mutat be az orvosegyesületnek, a hol a gyermek biztosan luesben szenved, míg az anyán, egynek kivételével semmi jele sincs a luesnek.

Ezen esetek, valamint sok más hasonló eset arra tanítanak, hogy 1. soha sem szabad dajkát felfogadni, a nélkül, hogy tényleg a dajka gyermeke-e, a kit vizsgálunk, 2. nem szabad dajkát felfogadni, kinek gyermeke 3 hetesen fiatalabb és 3. nem szabad 3 hetesen fiatalabb csecsemőket szoptatásra kiadni.

Havas Adolf: A mi a syphilis tüneteinek fellépési idejét illeti, nem 3 hét, de három hónap is eltelhet, míg a secundaer tünetek megjelennek.

Szalárdi Mór: Három hetet elégségesnek tart annak megítélésére, hogy a teljesen épnek látszó, rendszeren fejlődött, a betegségnek semmi nyomát nem mutató gyermek luetikus-e vagy sem, mert ezen idő alatt a syphilis bőrtünetei megjelennek.

Poliocephalitis superior chronica egy esete.

Schein Mór: T. L., 55 éves nőskádár előadja, hogy kétszer volt nonája: először 1889-ben, másodszor 1894-ben. Midőn március 22-dikén az általános munkás betegségyelőző-pénztár ambulatoriumába jött, előadta, hogy 4 hét óta folytonosan álmos és hogy akármikor elaludnék, ha engednék; továbbá, hogy ezen 4 hét óta gyöngye fejfájást érez a homlok táján.

Stat. praes. Bal pupilla igen tág, jóval tágabb, mint a jobb, mindkettő fényre absolute nem reagál. Alkalmazkodásra néha alig reagálnak; néha renyhén, néha jól. Kezdetben ptosis is volt jelen, ez azonban 29-dikén hirtelen megszűnt. Szemmozgások szabadok. A homlokat mély haránt-barázdák szelik keresztül. A beteg tarsiása előrehajlott. Beszéde lassú. Az álmoság és a fejfájás 29-dikén hirtelenül megszűnt. A többi agyideg részéről nem mutatkozik semmi eltérés a rendestől. Szemfenék ép. Sensibilitas intact. Térdphaenomenek megvannak, rendesek. Jobb kéz nyomása kezdetben gyöngébbnek látszott mint a bal kéz nyomása, most erősebb.

Kétséget nem szenved, hogy nuclearis bénulással van dolgunk, hogy a nervus oculomotorius magvai, nem pedig annak szálai betegek. Bizonyítja ezt a jelenleg fennálló Argyll Robertson-féle tünet, a kétoldali ptosis és az időről időre fellépő ophthalmoplegia interna; bizonyítja a bénulások csoportosulása. Tudjuk ugyanis, hogy a muse. ciliaris sphincter iridis és levator palpebrae magvai egymás közvetlen szomszédságában fekszenek. Ha felteszszük, hogy ezen magvak területén játszódik le egy igen chronikus, időről időre exacerbáló pathologikus folyamat, úgy könnyen érthető a ptosis és a pupillák magatartása.

Hogy a magvakban kell keresnünk a bajt, bizonyítja az álmoság. Tudjuk, hogy a szóban forgó magvak a 3-dik agygyomor legmellsőbb részében fekszenek és hogy ezen magvak, valamint egyáltalában a szemizmok magvainak megbetegedésénél az aquaeductus Sylvii és

a negyedik agygyomor bázisán elég esetben ugyanilyen álmoságot észleltek. Sőt Mauthner a feltűnő álmoságra és alvásra a szemizmok magvainak affectióinál az álom egy teoriáját is felépítette.

A polioencephalitis sup. chron.-t valószínűleg syphilis okozta, mert betegnek volt syphilise és a lues épen ilyen nuclearis bénulást tudvalevőleg okozhat.

A prognosist illetőleg szem előtt kell tartanunk, hogy ilyen esetekhez évek múlva a paralysis glossopharyngeolabialis vagy progressiv izom atrophia is hozzájárulhat, de vannak esetek, melyekben a szemizmok nuclearis bénulásához más tünet nem járult. Lehetséges volna még az is, hogy esetünkben a polioencephalitis a tabesnek vagy a dementia paralyticának első tünetét képezi.

A therapia, tekintettel arra, hogy lues okozhatta, antisymphilitikus lesz.

Goldzieher Vilmos: Bemutató az álomkórt nem a nuclearis tájak megbetegedéséből, hanem inkább a szemtekék mozdulatlanságából magyarázza; ha ez így volna, akkor az ophthalmoplegia esetekben álomkórnak kellene jelen lenni, már pedig szóló ily esetekben álomkórt nem tapasztalt; Mauthner az álomkór teoriáját polioencephalitis haemorrhagica alapította és azt vette fel, hogy az agygyomrocsban fluxio lép fel s így keletkezik az álom: kezdődően a levator palpebrae sup. elernyedése folytán a szem bezáródásával; szólónak volt egy 6 éves gyermekre vonatkozó esete, ki heteken át mély álomban volt, s ha felébredt, részeg ember módjára tántorgott; a gyermeknél teljes oculomotorius bénulás volt; tetanikus tünetek közt halt meg; a sectio a corp. quadrigeminában izolált tuberculomot derített ki; a 3-4. agygyomor ép volt.

Jelenleg két esetet észlel, hol ophthalmoplegia van, de álomkóráság nincs jelen.

Jendrassik Ernő: Az esethez nem szólhat hozzá, mert nem ismeri, de reflektál Mauthnernek azon megjegyzésére, mintha a rendes elalvásban ptosis, azaz a levat. palpeb. elernyedése okozná a szem bezárását. Tény, hogy ilyenkor az oculomotorius beidegzése megváltozik, de a szem bezárását a facialis közvetítésével az orbicularis végzi. Ezt bizonyítja azon körülmény is, hogy alvaskor az alsó szemhéj is feljebb száll, hogy a facialis bénulta beteg nyitott szemmel alszik s végre a következő kísérlet: ha u. i. az arcidegében bénult beteget felszólítjuk, hogy szeméi előtt felülről lefelé vezetett ujunkat kövesse, úgy felső szemhéjai mindkét szemén egyenletesen követik lefelé forduló szemgolyóit, míg végre csak egy keskeny rés marad nyitva (ezen mozgás tehát a levat. palp. ernyedésének felel meg), ha azonban ekkor felszólítjuk a beteget, hogy zárja be szeméit: a bénult oldalon nemcsak hogy nem süllyed még a felső szemhéj, hanem ellenkezőleg igen élesen emelkedik. Ez megfelel annak is, hogy a beesukott szemek, alvásban is, felfelé fordulnak: ezzel együtt a levator palp. is összehúzódik némileg. A szembezárás tehát nem jár egyszerűen az oculomot. elernyedésével (hisz a pupilla is megszűkül).

Donáth Gyula: Osztozik előadó nézetében, hogy az álom okát a magvakban keresi; a bántalom oka, mint az irodalomban között esetekből kitűnik, rendszerint alcohol vagy syphilis, Goldzieher esetében az ikertestek tuberculosisa okozta a collateralis circulatio zavarokat.

Goldzieher Vilmos: Hogy az álom megkezdésében az oculomotoriusnak szerepe van, bizonyítja az, hogy alvás előtt kettős képek jelennek meg.

Schein Mór: Mauthner az álom létrejötté magyarázásánál a sensorikus centrumokat figyelmen kívül hagyja; az alváshoz nagy mértékben hozzájárul a külsőhatásoktól való elzárás és képzelhetjük, hogy mivel nuclearis bénulásoknál synergikus szemmozgások, a pupillák reactiója és a szemmozgások elesnek és mivel a betegmagvak szoros összefüggésben vannak az agykéreg sensorikus centrumaival, ezek is hozzájárulnak az álmoság előidézéséhez.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Hippokrates' sämtliche Werke. Ins Deutsche übersetzt und ausführlich commentiert von Dr. Robert Fuchs. Zweiter Band. München, Verlag von H. Lüneburg, 1897.

Az összesen három kötetre tervezett munka első kötete harmadéve jelent meg és akkoriban ismertettük is. Most már a második kötet is készen fekszik előttünk, az első kötetéhez hasonló gondos fordításban, mely tetszetős, könnyen érthető és szakemberek állítása szerint teljesen hű is. A 600 lapra terjedő, szép kiállítású kötet Hippokrates munkái következő fejezeteinek fordítását tartalmazza: Koai prognosisek. A fertőző betegségek hét könyve. A betegségek. A betegségek három könyve. A belső betegségek. A szent betegség. De locis in homine. Különösen kiemelendők e kötetben is a nagy számmal található magyarázó jegyzetek, melyek a szöveg megértését, a munka élvezését nagyon elősegítik. Az első kötet bírálóinak megjegyzéseit fordító lehetőleg figyelembe vette s így ezen második kötet tökéletességére nézve az első még túlhaladja. Remélhetőleg az utolsó kötet sem

fog sokáig késni s így nemsokára teljesen kezeink között lesz Hippokratés munkáinak egy, a mai kor színvonalán álló fordítása, melynek jóságán kívül még az a nagy előnye is van, hogy aránylag olcsó (a második kötet ára félbörkötésben 6 frt 80 kr.) s így széles körben elterjedése biztosítva van.

II. Lapszemle.

Kórtan.

Új tuberculin-készítmények című közleményében Koch mindenekelőtt a gümöbacillusok elleni immunizálás sikertelenségének kérdésével foglalkozik. Arra az eredményre jut, hogy ezen sikertelenség oka abban rejlik, hogy az élő vagy holt gümöbacillusok nem igen szívódnak fel a szervezetben. Ujabbban $\frac{1}{10}$ normal natronlúggal kezelve a gümöbacillus-tenyészeteket, sikerült azokat felszívódhatókká tenni; az ily módon kezelt gümöbacillusok azonban tályogokat okoztak s így kénytelen volt használatuktól — noha jobb eredményeket kapott, mint a közönséges tuberculinnal — elállani. Végül most a gümöbacillusoknak mechanikai szétroncsolásában talált egy oly módot, hogy azok könnyen felszívódhatókká válnak, káros mellékhatások pedig nem mutatkoznak. Eljárása következő: jól kiszáritott gümöbacillus-tenyészeteket ahatmozsárban összetör mindaddig, míg már csak néhány festődő gümöbacillus marad meg. Hogy ezeket is eltávolítsa, a széttört gümöbacillusokat destillált vízben suspendálva centrifugálja. Ilyenkor az üledék fölött keletkező folyadék fehéresen opaleszkáló, de teljesen átlátszó; hatása ezen folyadéknak nagyon közel áll a közönséges, glicerineextractióval készült tuberculin hatásához, valamint az $\frac{1}{10}$ normal natronlúggal előállított készítményéhez, csak hogy tályogokat nem okoz. 50% glicerinnal hozzáadására nem áll be változás. Az üledék azután meg lesz szárítva, mozsárban újra összetörve, vízben suspendálva és újból centrifugálva. A most nyert folyadék főleg abban különbözik az első centrifugáláskor nyerttől, hogy 50% glicerinnal hozzáadására pelyhes fehér csapadék képződik, tehát ez tartalmazza azon részeket, melyek glicerinben nem oldódnak, s a melyek tehát a közönséges tuberculinnal, mely glicerine-extractióval készül, nem lehetnek jelen. A második centrifugáláskor nyert ezen folyadéknak határozottan immunizáló sajátossága van; gümőkórosoknál nagyobb mennyiségben befecskendezve ez is okoz ugyan reakciókat, hatása azonban független ezen reakcióktól.

Ezen új szer — mely conserválás céljából 20% glicerint tartalmaz — 1 ccm.-ben 10 mgr. szilárd hatóanyagot tartalmaz. Első befecskendezésre $\frac{1}{500}$ mgr. szilárd anyagot veszünk és ezt physiologikus konyhasó-oldattal hígítjuk, hogy befecskendezhető legyen. A befecskendezések két naponként ismétlődők folyton nagyobbodó adagokkal, de úgy, hogy $\frac{1}{20}$ -nál nagyobb hőemelkedések ne jelentkezzenek; ellenkező esetben az új befecskendezéssel várni kell addig, míg a hőemelkedés teljesen elmúlt. Ilyen módon egészen 20 mgr.-ig lehet felszállani, a mikor is a kezelést vagy félbeszakítjuk, vagy csak nagyobb időközökben adunk újabb befecskendezést.

Az új tuberculinnal tengeri malaczkok könnyen immunizálhatók gümőkór ellen és a már fertőzött állatok is meggyógyíthatók, ha a fertőzés után nemsokára (1—2 hét) megkezdjük a kezelést. A mi e szernek embereken alkalmazhatóságát illeti: olyan tüdőgümőkórosoknál, kiknél a baj előrehaladt, úgy hogy már csak néhány hónapi életre van kilátás, vagy a kiknél másodlagos infectio (genyesztő bacteriumok) van jelen, eredményre nem lehet számítani. Általában mondható, hogy olyan betegek, kiknek hőmérséke a 38° -ot meghaladja, csak kivételesen alkalmasak ezen új szerrel való kezelésre.

Lupusbetegeknél a helyi reakciók nagyon csekélyek, de dacára ennek, a javulás folyton előrehaladó. Hasonlóképpen tüdőgümőkórosoknál is csekély a helyi reactio, csak a szörtyözvények szaporodnak meg egy kissé múlóan. Kellemetlen mellékhatások sohasem mutatkoznak. (Deutsche med. Wochenschrift, 1897. 14. sz.)

Sebészet.

A rák gyógyítása chelidonium majussal. Denisenko orosz orvos ajánlatára, az orvosok közül is számosan kísérleteztek a nevezett szerrel. Az eddigelé megjelent közleményekből a következőket adjuk: Denisenko milyen eredménnyel, hányféleképp és milyen módon alkalmazza a chelidoniumot, arról ezen hetilap egy előbbi számában már megemlékeztünk. Legújabbban már Denisenko maga is elhagyja az eseteléseket és tamponokat. A befecskendezéseket pedig nem az álképletekbe, hanem a környi szövetekbe applikálja. Extractum chelidon. majus és Aqua dest. aa-ból 0.5 gm.-nyit. Ezen oldatot a használat előtt 5—10 percig hevíti. Méhráknál az injectiókat a has bőre alá viszi. Bázsingráknál a tokoeskák megakadnak, feloldódnak s helybelileg hat a chelidonium. Előzetesen azonban a bázsingot soda-oldat nyeletése által megtisztítja. Naponta egy capsulát nyel a beteg, a mely tokoeska két rész extr. chelidoniumot és egy rész vizet tartalmaz. Az orvosok, a kik a chelidoniummal kísérleteztek, részint mellette, részint ellene nyilatkoznak. Bereskin, a moszkvai kórházban 9 rákos betegnél alkalmazta a chelidoniumot, a kilencz közül egy beteg, egy hónap alatt 90 gm. extractumot fogyasztott el. Bereskin a chelidonium kezelés dacára javulást egy esetben sem észlelt. Megfigyeléseit a következőképp foglalja össze: 1. Az extractum chelidonium majus semmiféle rákellenes specifikus tulajdonokkal nincsen felruházva. 2. Külsőleg alkalmazva még a szemölcsöket sem bántja. 3. A befecskendezéseket azonban a szerfeletti fájdalmakon kívül, lobosodási és elhalási folyamatok követik. 4. Azon eseteknél, a melyek még operabilisek, előzetes kúrák határozottan ellenjavallja. 5. Belsőleg a chelidoniumot úgy adagolja, mint a tinet. condurangot. Hasonló értelemben nyilatkozik Braatz königsbergi orvos. Selenski, a ki fülkagylóráknál használta a szert, felemlíti, hogy a befecskendezéskor a betegen hirtelen synkope következett be. Az 1896. október 12-diki moszkvai orvosegyesületi ülésen már kedvezőben nyilatkoztak a következő kísérletezők: Pomeranzew, a ki 2 esetben, Kusmin 5 eset közül 4-nél, Fafus egy esetben, Kelber méhráknál 2 esetben észlelték javulást. Kelber azt állítja, ha 4—5 befecskendezés után javulás nem mutatkozik, úgy a szert tovább alkalmazni fölösleges. A nőgyógyászok közül Serenin, Wassilewsky, Kalabin tapasztaltak időleges javulást nevezett szer használatakor. Inoperabilis, desperatus rákos eseteknél „ut aliquid aegrotus habeat“ ezen szerrel is biztathatjuk a sokszor reményt vesztett szenvedő egyéneket. (Centralblatt für Chirurgie, 1897. Nr. 2.)

Boross dr.

Apró jegyzetek az orvogyakorlatra.

1. **Fagydagatok gyógyítására** Forbes-Ross a faradizálást ajánlja; minden egyes fagydagatot 5—15 percig faradizál (az elektrodákat konyhasó tömény vizes oldatával nedvesíti meg), lassan fokozva az áram erejét a tűrhetőség határáig. A faradizálás 1 vagy 2 nap múlva ismétlődő, mire csaknem mindig beáll a gyógyulás; harmadik ülés csak ritkán szükséges. (Sem. méd. 1897. 6. sz.)

2. **Amenorrhoea** ellen Bloom következő porokat rendel: Rp. Strychnini sulfur. 0.12; Acidi oxalici 0.60; Ferri pepton., Mangani lactici aa 8.0; Extr. colocynth. 2.0. Div. in. dos. No. 60. Minden fő étkezés után egy órával egy port bevenni. (Sem. méd. 1897. 8. sz.)

3. **Terhesek hányásának megszüntetésére** Xanthopulides szerint nagyon jó eredménnyel használható a kókuszdió teje. (Sem. méd. 1897. 9. sz.)

4. **Scabies** ellen Holstein a tinctura benzoës-t ajánlja, mint a melyvel gyorsan megszüntethető a baj. (Sem. méd. 1897. 9. szám.)

5. **Chlorosis** gyógyítására David eurythrollal tett kísérleteket. Mindenféle szereléssel daczoló 6 esetben használta e szert, mely nem más, mint marhalép-kivonat. A kísérletek kedvező eredményre vezettek. (Deutsche Medizinal-Zeitung 1896. 69. sz.)

6. **Heveny izületi csúz** ellen Hevelk az actea cimifuga tincturáját ajánlja, melyből 2 óránként veendő be 4—4 csepp, 24 óra alatt összesen 40—50 csepp. (Wiener mediz. Presse 1897. 12. sz.)

TÁRCZA.

Adatok a magyarországi pestis történetéhez.

Kik a jelen közegészségügyi viszonyait a múltéval egybevetni nem találják feleslegesnek, bizonyára érdeklélve olvasták dr. Székely Ágoston úrnak e lapok hasábjain, a szerémségi pestisről írt közleményét és egyszersmind tisztelettel kell, hogy meghajoljanak azon rationalis gondolkodás előtt, a mely hazánkban a pestis ellen tett intézkedéseket áthátolta. Ez száz év előtt volt. Mennyivel inkább kell csodálattal eltelniünk oly adatok láttára, a melyek egy jóval megelőzőleg lefolyt korszakból maradtak reánk és a melyek elődeink hygienikus gondolkodásának már oly korban fényes tanújelét adták, midőn az orvosi tudomány közegészségügyi ága tulajdonképen még ébrényi korszakát sem élte, az általános orvostudomány pedig a doktrinaer hangú útvesztőjéből kibontakozni még nem volt képes.

Talán nem lesz érdektelen, ha egy idevágó okiratot hozok nyilvánosságra, a mely ugyan Győr város közegészségügye történetének 1600-tól a jelenkorig tervezett megírásához gyűjtött eddigi adataim egy becses részét képezi és a mely a XVII. század elején fenyegető pestis ellen volt kiadva, de a melynek a jelenben való közlése az aktualis viszonyok folytán így egymagában is megokoltnak látszik. A magyar irodalom szempontjából is felette érdekes okiratot Győr város levéltára őrzi, kibocsátva lett Prayner János Győr vára főkapitánya által 1620-ban.¹ Szól pedig a következőképen:

„My Prayner János, Staernak Nemes, Stubnégh, Fladnyer, Rabenstein és Zentt Margaretha waraynak szabad ura, az Feölseges Romay Chiaszarnak Oduary és hadakozó Tanachya, Alsó Ausztrianak eöreökeös Camorasa, és az Gieörý feo Wégháznak hósza tartozando vegbeliekkel eghietemben Generalis feő kapitánya. Ezen Gieör Warasy feő Byronak és Eskütteknek minden is akaratumkat ayanlvan, Adhattjuk értésére, Hogy latwán Istennek eő szent feölsegenek ez my Wárasunkon bweynket az deöghletes pestissel és nyávaliaval való chiapását és ostorozását, melinek ha imadsagot és szorgalmatos gonduselesel eleytt nem vesziök, feleö, hogy naponkentt touab touab ne terjedgien és hatalmaskodgiék raytunk. Annak okaert Tysztünk és hyuatalunk vezérlésébül hadgiuk s parancholliuk, hogy mind az teöb is rendben állapodott Varosak s mind penigh ez veghaznak regh is szokasa szerint kegtek mingiarast, mindenfele Mester embereknek, Ugimintt Szyartoknak, Wargaknak, Thymaroknak, Zwechieöknek, Zappan-feözeöknek, Giertia chinaloknak, és minden egieb hasonlő lughozo mestereknek, kiknek nehez biödeös illatjokkal az leveghö eegh inkab megh ueztegeteodik ereössen megh paranchiolli, hogy myndenek az eő lugossokatt az Varasbul minden halladék nélkül tustent ky Vigiek es az Varason kyüül giakoroliak abbely mestersegekett, nem tilalmazván senkitt az ittben valo Varrastul és arulástul hasonlőkepen az Mester embereknek kyüül egiebekis mindenek hazoknal és Uduarokon valo biödeös ganeytt, azon szerint házak eleytt ky tisztiechiak es horgyak. Annak feöleotte myngiart az borbel mesterek keöziöl egy mester Valasztassek, ky az valasztott nemett mesterrel egint, az betegeket latogassa es Nézze, ha affele deöghletes betegséghben fekszyke auagy nem, es ha mellyet affelet találunk azt mingiart az varason kyüül bizonios helre ky vytessenek, holott fekiögiék es giogittassek, hogj egyebek tiöle ittben megh ne deögeöllyenek, az hazatt penygh myngiart be pechietelliek. Annak feöleotte aztis eros büntetésünk alatt megh hyrdetessék házonként, myhelen valamely háznál affele deögeös Nyaualiaban leuö ember auagy giermek talaltatyk, az ház gazday a ottan megh yelenche eleotte jaroianak, es az az latogatokal megh nezese es az varasbol az rendelt helyre ky Vytesse. Hol penigh az gazda el titkolna, az szomszedy effelekre uygiazuán megh yelenchiék: meliätt ha sem az gazda, sem szomszedonk megh nem jelentenek auagy el tytkolnak es jeonendeöben

¹ Győr város levéltára I. 1. fasc. 1. Nr. 13.

Villányi Szaniszló: Győr vár és város helyrajza a XVI—XVII. században. Megjelent a pannonhalmi szent Benedek-rend győri főgymnasiuma 1881/82-dik tanévről szóló értesítőjében.

Szávay Gyula: Győr város monographiája 1896. Kiadta Győr sz. kir. város.

ky hyrhedyk, affélék kemény büntessünkett el nem kerölyk, hasonlőképen azokis igen megh biöntetödnek, Valakyk hazakon valo pechyetett ideö eleött le merik szakasztanny es hazokott feolnyttnya. Towabba, mynel igen meleghe ideök szolgálnak, legien az is ereös büntetés alatt megh hyrdettwe, hogj mynden haz előtt edenyekben Viz tartassek, hogy (a kitül Isten oltalmazzon) ha giuladas esnék a Warasban, hamar valo seghitségh lehessen annak oltására. Ez rendelésünk penygh es Decretomunk személy valagatas nélkül minden az helben leuö lakosokat illety.⁴

Mily okszerü láncolata az óvórendszabályok egész sorozatának! Köztisztaság, a betegek kipuhatolása, elkülönítése, a fertőzött lakások lezárása, a betegek kötelező bejelentése mindmégannyi intézkedés, melynél jobbat és többet jó ivóvíz és fertőtlenítést is beleszámítva ma, közel 300 év után is alig tudunk tenni.

Petz Lajos dr.

A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus.

(London, 1896. augusztus 4—8-dikáig.)

Az első nemzetközi congressust a bőrgyógyászok 1890-ben Párisban tartották s bár már ezen is nagy számmal voltak jelen a különféle nemzetek bőrgyógyászai, annyiban mégis hiányos volt, hogy a németek a sovínismustól való aggodalmukban még akkoriban részt nem vettek. A második congressust 1892-ben tartották Bécsben. Nagy látogatottságnak örvendett s tárgyalásának messze kiható következményei máig is érezhetők. Bár időközben több kisebb összejövetelt tartottak, így a francziák, a németek Breslauban meg Grácban: az érdeklődés az idei harmadik nemzetközi congressus iránt oly nagy volt, hogy négyszázon felül gyűltek össze a részvevők s hogy közöttük körülbelül fele volt az idegen, nem angol. Európának minden országa, az amerikai Egyesült Államok, Japán, meg China, sőt még az afrikai Gold-coast is képviselve voltak. Az angolok az előkészítés munkáját páratlan szorgalommal és körültekintéssel végezték. A general secretary doktor Pringle négy hónapon át minden délutánját a congressust előkészítő levelezésekre szánta. Hasonlőképen nagy buzgalommal voltak a demonstrations-comité tagjai a bemutatások előkészítésében, s mikorra valamelyik idegen orvos, a ki bemutatással vagy előadással aktív részt akart venni a congressuson, Londonba érkezett, az illető bizottsági tag pártfogásába vette, segített neki bemutatandó dolgait elhelyezni, kezére járt minden kívánságát illetőleg, úgy hogy a járatlan idegen rövid idő alatt minden teendőjét rendbe hozva nyugodtan várhatta a congressus megnyitását. Augusztus 3-dikán tartották az ismerkedési estélyt s már a jelenlevők számából látható volt, hogy a congressus a látogatottságot tekintve meg fogja haladni elődeit. Augusztus 4-dikén az Examinations-Hall nagytermében Hutchinson olvasta elnöki megnyitóját. Alább referálok majd róla, de most egynéhány szóval meg szeretnék emlékezni a congressussal egybekötött múzeumról és az üléseket megelőző demonstrációkról, a melyek eltérőleg a megszokott rendezéstől, sajátos jelleget kölcsönöztek a londoni tárgyalásoknak.

A múzeum az Examinations-Hall 3-ad emeleti nagy termében volt elhelyezve s az angolok, valamint az idegenek részéről bemutatott képeket, moulageokat, praeparatumokat, könyveket, statistikákat, kísérleti és klinikai czélokra szolgáló eszközöket tartalmazott. Oly nagy bőségében voltunk a megnézni valóknak, annyi érdekes és szép köreset volt a reproductív mesterségek minden nemében kiállítva, hogy csak sajnáltuk, hogy olyan kevés időt lehetett szentelni behatóbb tanulmányozásukra és méltatásukra. Mert a mennyi időt a congressusi tárgyalások szabadon hagytak, azt az eleven beteg-anyagnak, a Londonból meg Angliából összegyűjtött érdekes és ritka köresetek megsemlélésének kellett szentelni. A délelőtti és délutáni üléseket megelőzőleg két-két órán át négy nagy teremben mutatták be az angol dermatologusok azokat a betegeket, a kiket a congressusra egybegyűlt idegeneknek megmutatni érdemesnek találtak, a kiken valamely pathologiai kérdést megvitatni vagy eldönteni lehetett, valamely diagnostikai nehézséget kellett elhárítani, vagy egy új kóralak jogosultságát

demonstrálni, vagy pedig valamely elkülönített bántalom összefüggését egy régebbi kóralakkal bizonyítani volt lehetséges. Oly bőségében voltunk a ritka, alig ismert exotikus vagy szokatlan formáknak, annyira érdekes volt a távol országokból összesereglett tudósok vitaközvetítését meghallgatni, kórfelismerő eljárásukat megismerni, úgy lekötött bennünket egyik vagy másik betegnél Besnier, Kaposi, Neisser, Unna, Morris, Feulard, Dubreuilh, Selshorst, Bock, Ehlers, Lassar, Schwimmer, Jaquet, Sabourand, Petersen, Tarnowski, Janowski, Fox, Hutchinson, stb. kórjelzése, eltérő nézeteik okadatolása, esetleges vitájuk s azok eredménye, hogy csak lassan gyűltek a tagok a két tárgyalási terembe, melyek egyikében a dermatologiai, másikában pedig a syphilitologiai osztály működött. Hogy csak némi fogalmat nyújtsak arról a gazdagságról, a melyvel az angolok a kóranyagot illetőleg rendelkeznek: a congressus programjából ide iktatom ezen klinikai demonstrációk jegyzékét.

Augusztus 5-dikén a lichen csoporthoz tartozó eseteket mutatták be, még pedig mint mindennap, úgy, hogy a nőket és gyermekeket két-két, a férfiakat pedig más két-két teremben helyezték el. Volt ott látható lichen planus, acuminatus, pityriasis rubra pilaris, lichen simplex chronicus (Widal) vagy húsz esetben; prurigo, keratosis pilaris és más keratosisok, angiokeratoma, ichthyosis, delután pedig a bőr új képlődések: jó és rossz indutatók, kerültek sorra: hydrocystoma, adenomata, angiomata, fibromata, xanthoma, carcinoma, rodent ulcer, xeroderma pigmentosum, sarcoma cutis, mycosis fungoides.

Augusztus 6-dikán különös, de fontos alakú bőrtuberculosis esetek: erythema induratum, scrophulosorum, acne scrophulosorum, lichen scrophulosorum, továbbá olyan esetek, a melyek a gyógyítás eredményét mutatják; delután pedig növényi elősídiak által okozott kóresetek, melyek Angliában fordulnak elő, voltak láthatók.

Augusztus 7-dikén az erythema-csoport, purpura, urticaria pigmentosa, dermatitis herpetiformis, pemphigus, pemphigus vegetans és a többi, azután hydroa aestivalis és rokon nemek; delután mindenféle syphilis-alak. Augusztus 8-dikán olyan bőrbajok, a melyek az idegrendszer elváltozásával kapcsolatosak, syringomelia, scleroderma és nagy számú lepra-eset.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1897. április 2-dikán

A magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyűlése 1897. márczius 26-dikán. (Vége.)

A mult évi pénztármérleg és vagyonskimutatás a közgyűlés tagjai között kiosztatott. A kimutatást itt közöljük.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat forgalmi kimutatása 1896. márczius 15-dikétől 1897. márczius 15-dikéig.

Bevételek:

frt

Pénztári egyenleg 1896. márczius hó 14-dikén	344.48
Magyar Tudományos Akadémia adománya	1,000.—
Kamatok elhelyezett betétekből	11,378.85
Szelvények beváltásából	2,346.72
Kamatokból	205.27
Rendes tagok díjai	6,948.03
	22,223.35

Kiadások:

Kamatok elhelyezett betétek	10,501.99
Kiállítási szekrény	110.—
Lakbér	200.—
Évi jelentés nyomtatása és egyéb nyomtatványok	161.38
Kezelési kiadások:	
Titkári kiadások könyvek szétküldésére	151.87
Bankok kezelési költségei	30.33
Szolga díja	10.—
	192.20
1896-diki kiadványokért:	
Belgyógyászat kézikönyve III. kötet	6,969.50
Emlékkönyv az orvosi kar történetéhez	3,745.90
Pénztári egyenleg	342.48
	22,223.35

Vagyonskimutatás:

Kamatok elhelyezett betétek:	
a Budapesti takarékpénztár részvénytársaságnál	785.68
a Magyar földhitelintézetnél	3,507.56
	4,293.24

Értékpapírok:

n. é. frt 10,400.— 4%	M. földteherm. kötv. 97-50	10,150.—
" " 4,300.— 4%	" földhit.-int. záogl. 98-75	4,246.25
" " 10,000.— 4 1/2%	" regále-kötvény 100-25	10,025.—
" " 11,000.— 4%	" földhit. talajj. kötv. 97-50	10,725.—
" " 38,800.— 4%	" földhit. k. é. záogl. 98-75	19,157.50
" " 4,700.— 4%	" korona-járadék 99-25	2,332.33
Időközi kamatok márczius 14-dikéig		698.45
		57,834.58

Hátralékok:

a) alapító tagok után	325.—
b) rendes tagok után 1896. évről	938.—
c) " " " 1895. " "	312.—
d) " " " 1894. " "	48.—
Behajthatlan az V. folyamról (1888—93.) évekről 1752.—	
Pénztári készlet 1897. márczius 15-dikén	342.48
Egyleti vagyon-állomány 1897. márczius 15-dikén	63,593.30

Török Sándor, e. i. pénztárnok.

5. Jendrassik Ernő II. titkár felolvasta a mult évi közgyűlésből kiküldött pénztárvizsgáló bizottság jelentését:

Alulírottak a fentebbi kimutatást a társulati könyvekkel összehasonlítván, a társulati számadásokat 1896. márczius 15-dikétől 1897. márczius 15-dikéig megvizsgálván és úgy a takarékpénztárban, valamint a m. földhitelintézetnél elhelyezett készpénz és értékpapírok érintetlen-ségéről meggyőződve, a pénztár pontos és rendes vitelét elismerjük. Budapest, 1897. márczius hó 22-dikén. Böke Gyula dr. s. k. és Koller Gyula dr. s. k. mint az alapító-bizottmány által kiküldött számvizsgálók.

A közgyűlés mindezen jelentéseket tudomásul vette és Török Sándor pénztárnoknak a társulat pénzügyei körül kifejtett buzgó működéséért köszönetet szavazott.

6. Az 1897 dik évre pénztárvizsgáló bizottságot Batizfaly Sámuel elnökle alatt Szontagh Ábris és Tóth Lajos, a közgyűlés hitelesítésére pedig Tihanyi Mór és Szontagh Félix tagtársak kértettek fel.

7. Ezek után az alapszabályok értelmében a tisztikar és a helybeli és vidéki igazgató-tanácsi tagok megbízatása lejárván, Batizfaly Sámuel elnökle alatt a szokott szabályszerű választások ejtettek meg. A Böke Gyula elnökle alatt működő és Rákossy Béla és Aujeszky Aladár tagokból álló szavazatszedő bizottság a megejtett szavazatokat egybeállítván, kintint, hogy az 1897—1899-diki három éves cyclusra megválasztottak: elnökül: Hőgyes Endre, alelnökül: Schulek Vilmos, Than Károly, I. titkárul: Koller Gyula, II. titkárul: Jendrassik Ernő, pénztárosul: Török Sándor gyógyszerész, igazgató tanácsosokul, mint helybeliek: Hegedüs János, Kéti Károly, Müller Kálmán, Réczey Imre; mint vidékiek: Imre József, Kanka Károly, Molnár József, Varga Zsigmond.

8. Hőgyes Endre a maga és az újonnan megválasztott tisztikar nevében a megválasztásért köszönetet mondván, több tárgy nem lévén, az ülést berekesztette.

Budapesti orvosi kör országos segélyegylete javára történt befizetések:

Bánóczy Gyula Győr (1896—1897.) 4 frt, Báthory István Nagy-Károly (93—96.) 8 frt, Becher Aron Szalonta (97.) 2 frt, Berger József Körmend (97.) 2 frt, Boer Jenő Tövis (97.) 2 frt; Böhm S. Perlak (95—96.) 4 frt, Boldizsár Imre Nyírbátor (96.) 2 frt, Brauch Samu Dunaszerdahely (96.) 2 frt; Braun Fülöp (96.) 2 frt, Brünauer Ambrus Eger (98.) 2 frt; Chortian János N.-Szombat (97.) 5 frt, Clementis Géza Bia (97.) 2 frt, Csalkai Ignác Darufalva (97.) 2 frt, Csillag Ignác Borosjenő (97.) 2 frt, Czukor Lajos Nagy-Károly (95—96.) 4 frt, Dada Vilmos Seps-Szent-György (97.) 2 frt, Darú János F. Bálóg (97.) 2 frt, Deutsch Ignác Budapest (97.) 2 frt, Dömötör Jónás Ercsi (97.) 2 frt, Dragits Imre Szegszárd (97.) 2 frt, Éder József Sz.-Fehérvár (97.) 2 frt, Faller Gusztáv Hegybánya (96—97.) 4 frt, Fejér Dávid Gy.-Szt.-Miklós (97.) 2 frt, Fischer Samu Pozsony (98.) 4 frt, Flesch Nándor Budapest (97.) 2 frt, Gremperger Ferenc Csorvás (97.) 2 frt, Hajnal István Békés (97.) 2 frt, Harák Vendel Csány (97.) 2 frt, Hary István Zala-Egerszeg (97.) 5 frt, Hübsch Miksa Miklósfalu (94—95.) 4 frt, Illés Jakab Alberti-Irsa (96.) 2 frt, Jászi Ferenc Nagy-Károly (97.) 2 frt, Kádár Antal Hegybánya (97.) 2 frt, Kellner Mór Pulya (97.) 2 frt, Kertész Lipót Dombovár (93—97.) 10 frt, Kohn Armin Hőgyész (97.) 2 frt, Kohn Armin Obrovác (98.) 2 frt, Kőszeghy Ferenc Mélykut (95—96.) 4 frt, Kovács Bálint Báltaszék (97.) 2 frt, Kramberger József Tinnye (96.) 2 frt, Kreyer Ottó Szent-Miklós (96—97.) 4 frt, Komáromy Gyula Szegszárd (97.) 2 frt, Kádár László Rahó (97.) 2 frt, László Elek Orosháza (97.) 2 frt, Leitner Miksa Lugos (97.) 2 frt, Lencső Ferenc Vác (96.) 2 frt, Lendvay Benő Pozsony (97.) 2 frt, özv. Liebermann Adolfné Nagy-Károly (96.) 2 frt, Major Antal Gyöngyös (97.) 2 frt, Mangonyai Gyula Árokszállás (97.) 2 frt, Mezey Gyula B.-Török (96.) 2 frt, Milich Márk Vág-Beszterce (96.) 2 frt, Mitzger Miksa Marczali (96.) 2 frt, Morvay István Kovászna (97.) 2 frt, Nádor Lipót Budapest (97.) 2 frt, Nagy Ignác Dobricza (96.) 2 frt, Nagy József Solt (97.) 2 frt, Nyikora József Pápa (97.) 2 frt, Ormi Mór Boros-Sebes (97.) 2 frt, Petz Lajos Győr (97.) 2 frt, Reichardspere József B.-Mágoz (97.) 2 frt, Révész Fülöp B.-Csab (94—97.) 8 frt, Rigó Ferenc Zala-Egerszeg (96.) 2 frt, Séllei Imre Kún-Madaras (96.) 2 frt, Simontits Máttyás Sziget-Szent-Miklós (96.) 2 frt, Stadler Károly Bakony-Szombathely (97.) 2 frt, Steiner József Kalocsa (97.) 2 frt, Steinfeld József Ujvidék (96.) 2 frt, Sternberg Géza N.-Károly (97.) 2 frt, Sümei Jakab Ózora (97.) 2 frt, Szabó Mihály N.-Kőrös (97.) 2 frt, Szegedy Kálmán Tisza-Földvár (96—97.) 4 frt, Skirpán Ambrus Papina (97.) 2 frt, Tóth Imre Selmeczbánya (97.) 3 frt, Ungár Adolf Siklós (97.) 2 frt, Váczy József Szolnok (96.) 2 frt, Rákosi Béla dr., pénztáros Soroksári-utca 18.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gonorrhoea kórtanának mai állása.¹

Róna Sámuel dr. m. tanár és közkórházi rendelő orvostól.

A gonorrhoea aetiológiája Neisser genialis felfedezése óta (1879) teljesen tisztázott. Egyes francia autoroktól eltekintve (Eraud 1892.), ma mindenki a Neisser-féle gonococcust tartja a gonorrhoeás nyálkahártya-gyulladás okának.

A *gonococcus* minden kankós genyben fellelhető. Másféle eredetű genyben eddig ki nem mutatták. A heveny kankó váladékában egyedül csak ez látható a górcső alatt; más mikroorganizmus ebben csak tenyésztés útján mutatható ki. A *gonococcus* ép nyálkahártyán sohasem fordul elő, míg más (saprophyt vagy egyéb pathogen) bacterium főleg azon és nem a kankóban szenvedőkön fordul elő.

A *lobos nyálkahártya váladékában* a *gonococcusok* az általuk kivándorlásra kényszerített fehér vérsejtek belsejében fészkelnek (hogy a hámsejtek belsejébe is behatolnak-e, még kérdéses) és a magvak körül, sohasem a magvakban foglalnak helyet. Friss esetekben rendkívül nagy számmal a sejteken kívül is találhatók.

A *gonococcus* igen könnyen festhető az összes lúgos anilin festékekkel, de igen könnyen túl is ad e festékeken és a különösen kiemelendő, *Gram* szerint nem festhető. A *gonococcus*-leletnek mindig mérvadó diagnostikai jelentősége van és pedig azon irányban is, hogy valamely folyamat — legyen az akár milyen régi — még ragadós.

A *gonococcusnak* mikroszkopiai vizsgálatánál szem előtt tartandó 1. a *gonococcus* alakja, 2. nagysága, 3. páros elhelyezkedése, 4. a párok csoportosulása és 5. intracellulaer elhelyezkedése. Kétes esetekben a *Gram-féle színtelenítő* eljárást ajánlják, de miután a *Gram-féle* eljárással még a gyakorlott vizsgálónál is hibák csúszhatnak be, azért részemről e helyett különösen a nem nagyon gyakorlottnak a váladék-nak többszörös vizsgálatát ajánlom egyszerű festéssel.

A *gonococcusok* sokáig rendkívül nehezen voltak tenyésztetők. 1891-ig Bumm volt az egyetlen, a ki emberi vérsavóval kevert ürü vérsavón tenyésztette. Nem akarom itt mindazon kísérleteket elősorolni, melyek azóta a *gonococcus* tenyésztésére tettek és csak kiemelve, hogy Wertheimé az érdem, hogy az általa használt *lemez-módszerrel* megkönnyítette a *gonococcusoknak* emberi vérsavóval kevert agaron való tenyésztését, áttérek azon *gonococcus* tenyésztési kísérletekre, melyeket egyik tanítványom: Csillag szigorló orvos, Pertik tanár intézetében végzett. Eddig hatféle, a *gonococcus* tenyésztésére ajánlott talajon végzett direct tenyésztési kísérleteinek eredménye a következő.

1. *Emberhús glycerinagaron* 5–90 napos kankós férfi húgycsőből oltva 29 eset közül 18 (62%) pozitív, 9 negatív, 2 eldöntetlen (37%). E 29 eset közül a váladékban csak 2 esetben nem volt *gonococcus* górcsővel kimutatható; ezen esetekben az oltás is negatív volt. Női húgycső-

ről 15 eset közül 2 pozitív (13%), 13 negatív (86%), ezek közül egy esetben steril maradt a kémcső. *Gonococcus* a váladékban 14 esetben volt górcsővel kimutatható, egy esetben nem; ebben az oltás is negatív maradt. *Cervixből* 8 eset közül 6 pozitív (75%), 2 negatív (25%). *Gonococcus* 7 esetben volt górcsővel a váladékban kimutatható. Uterusból 2 eset pozitív (100%). *Gonococcus* górcsővel mind a 2 esetben volt a váladékban. Kis lányok *vaginitiséből* 3 eset közül 1 pozitív (33%), 2 negatív (66%). Górcsővel mind a 3 esetben volt *gonococcus*. Összesen 57 oltás közül 29 pozitív, 26 negatív (45%), 2 eldöntetlen maradt.

2. *Húgyagaron*. (Finger, Gohn és Schlagenhauser 1894.) 5–28 napos férfi húgycsőből oltva 16 eset közül 8 pozitív (50%), 6 negatív, 2 eldöntetlen. Női húgycsőből 3 esetben oltva, mind a 3 negatív (100%). *Cervixből* egy eset negatív. Összesen 20 eset közül 8 pozitív (40%), 10 negatív (50%) 2 eldöntetlen. A váladékban minden esetben volt *gonococcus* górcsővel kimutatható.

3. *Pfeiffer-féle emberi vérrrel bekenet agaron* (Abel 1892.) férfi húgycsőből 4 eset közül 1 pozitív (25%), 3 negatív (75%). A váladékban górcsővel minden esetben sok *gonococcus* volt.

4. *Cysta agar* (1 r. steril cystafolyadék, 2 r. glycerinagar kémcsőben ferdén megalvasztva, Steinschneider) 6–78 napos kankós férfi húgycsőből 3 eset közül 1 pozitív (33%), 2 negatív (67%). Női húgycsőből 5 eset negatív. *Cervixről* 1 eset negatív. Összesen 9 eset közül 1 pozitív (11%), 8 negatív (89%) *Gonococcus* górcsővel a váladékban minden esetben volt.

5. *Ascites agar*. (1 r. ascites folyadék, 2 r. glycerinagar kémcsőben ferdén megalvasztva; Steinschneider, Minnich) 18 napos—7 hónapos kankós férfi húgycsőből 7 eset közül 1 pozitív, 6 negatív. Ezek közül 2 esetben *gonococcus* a váladékban górcsővel nem volt kimutatható és ezekből oltás sem sikerült. Tehát ezen 2 esetet leszámítva, pozitív volt 20%, negatív 80%.

6. *Lemezöntés emberi vérsavóval*. (Wertheim 1892.) *Cervixből* 1 eset pozitív, női húgycsőből 2 eset közül 1 pozitív, 1 negatív. Uterusból 2 eset pozitív. Összesen 5 eset közül 4 pozitív (80%), 1 negatív (20%) volt. Egy esetben *gonococcus* górcsővel nem volt kimutatható. Legérzékenyebbnek bizonyult ezen utóbbi eljárás.

Mind e tenyésztések 37° C.-nál történtek.

Ezen tenyészetek bármelyikéből a rendes eljárás mellett (azaz, ha a kémcsövet 37° C. alatt tartjuk és be nem forrasztjuk) 6–7 napon belül csekély részletet a *gonococcus* tenyésztésre alkalmas nyálkahártyára vive, tipikus gonorrhoeát idézhetünk elő. Ha beforrasztjuk a kémcsövet, Wertheim tapasztalatai szerint még 28 napon túl is átolthatók a tenyészetek. *Finger magas lázas betegeknek nem bírta a gonococcust beoltani* és ebből azt magyarázta, hogy magas hőnél a *gonococcus* nem élhet meg és hogy ugyanaz volna az oka annak, hogy az emlősök (ezeknek hőmérséke nagyobb, mint az emberé) nem fertőzhetők kankóval. Wertheim (1894) az ellenkezőt tapasztalta. Ő ugyanis 45° C.-nak több órán át kitett *gonococcusokat* életképeseknek talált alkalmas talajon. Én az elmúlt és a folyó évben számos mérsékelt és magas lázban szenvedő *gonococcusait* kísérttem figyelemmel és klinice megérősíthettem Wertheim *experimentalis* adatait. A *gonococcus* emberi nyálkahártyán évekig élhet gyengítés nélkül (Wertheim 1894), ellenben, ha onnan kikerül és vívóanyaga beszárad (pl. a fehérneműn), már 3 óra után teljesen elveszti átolthatóságát (Weland 1895–96), nedvesen tartva azonban még órák múltával is virulens marad. (Finger, Gohn és Schlagenhauser 1894, Weland 1896.)

A *gonococcus művi tenyésztése* kétes esetekben diagnostikai szempontból a mindennapi gyakorlatba még át nem vihető, miután még teljesen felszerelt intézetekben is egyések teljes begyakorlottsága szükséges ahhoz, hogy a művi tenyésztés és az

¹ Előadatott a közkórházi orvostársulat 1896. december 30-dikán tartott ülésén.

eredmény exact elbírálása megtörténhessék. Az különben sem bizonyos, hogy helyes-e Wertheimnak azon észlelete, hogy ha a mikroskoppal már nem tudjuk kimutatni a gonococcust, a lemez-módszerrel kitudnók; legalább *Schultzen* és *Csillagnak* osztályomról végzett vizsgálatai eddig ezt meg nem erősítik, mert az még nem bizonyít a mikroszkopiai vizsgálat eredménytelensége mellett, ha egyszer-máskor mikroskoppal nem tudjuk kimutatni a gonococcust, a mennyiben több esetben egy és ugyanazon helyről, egy és ugyanazon időben vett készítmény közül 3-ban pl. találtak gonococcust, a többiben nem, vagy 5 közül egyben találtak, a többiben nem.

A gonococcusoknak a szövethez való viszonyát illetőleg *Dinkler* (1888), *Touton* (1889), *Jadassohn* (1890), *Wertheim* (1891), *Finger*, *Gohn* és *Schlagenhauser* (1894.) észleletei módosítják a Bumm által felállított tételeket. Bummnak azon nézete, hogy a gonococcus előnyben részesíti a zsenge protoplasmájú cylinder-hámokat, oda módosult, hogy annak befészkelődésére bármely hámalak, bár gyengébb mértékben, tehát a laphám is alkalmas, ha annak élettani és kémiai sajátosságai megközelítik a cylinder-háméit. Bumm vizsgálatai a kötőhártyára szorítkoztak és szerinte a gonococcusok a kötőhártyára jutva, annak felületén elszaporodnak, 24 óra alatt active bevándorolnak a felhám rétegek közötti hézagokba és azokon, valamint a protoplasmán át a kötőszövet felé hatolnak. Ezen útvonalon is folyton szaporodnak a gonococcusok s 48 óra múlva már a subepithelialis réteg határáig jutottak. Időközben már beállott a szövetek reakciója s a vérekből fehér vörsejtek vándoroltak ki nagy számban és pedig részint befelé a szemölcsös réteg hézagaiba, részint kifelé a nyálkahártya felszínére. A felhámsejtek egy része a gonococcusbetörés és a leucocyta kivándorlás által tökre tétetik, bomlik és elsodortatik. A megmaradt csomókából már a negyedik napon újabb hámréteg képződik, mely Bumm szerint védő burkot képezne a gonococcusok újabb bevándorlása ellen, de ez sem bizonyult valósnak. (*Touton*, *Jadassohn*.) A fehér vörsejtek kivándorlása ezen hámsejt burjánzástól függetlenül tovább tart, a 10—12. napon a kötőszövet határára már nincsenek gonococcusok és ilyeneket a nyálkás-genyek vagy genyes időszakban, a felhám legkülönbözőbb rétegeiben vagy az ezt borító genyben lehet találni. Bizonyos körülmények között azonban újabb invasio is történhetik a mélybe.

A hámmal bélelt mirigyjáratok (*Touton*, *Pick*, *Jadassohn*, *Fabry*), valamint a *Bartholini* mirigy kivezető csővének (*Jadassohn*, *Herbst*), végül a száj-nyálkahártyájának (*Rosynski*) kankós lobjánál eddig kizárólag felhám-infectio találtatott. A kötőszövetig nem hatolt a gonococcus. Tehát ezen autorok, valamint *Finger*, *Gohn* és *Schlagenhauser* vizsgálatai szerint is, nem mindig jutnak a gonococcusok a subepithelialis rétegig.

A gonococcusok végleges kiküszöbölésének módja ismeretlen előttünk. Valószínű hogy a gonococcusok nagy része elhal (*Jadassohn*), semmi esetre sem mind a kivándorlott fehér vörsejtek által hozatnak kifelé, mint azt némelyek hitték, mert a gonococcusok egy része csak a nyálkahártya felszínén egyesül a genysejttel.

Tehát a kankó főleg epithelialis laesio, a hámalatti kötőszövet másodlagos, genyes lobjával. Az egyes szervek bonczatani viszonyai, a fedőhám rétegek és benyúló mirigyek száma és minősége okozhatja a betegség különféle módosulásait. Hogy a gonococcus egyes esetekben teljesen elröncsolhatja a hámréteget, úgy, hogy a kötőszövet teljesen meztelen lesz és bevándorolhat a kötőszövetbe, sőt hogy mélyebb szövetbeolvadást, tályogképződést — milyen a perirectalis, húgycső körüli tályog, *Bartholini* mirigy tályogok —, parametritist, oophoritis suppurativát (ezek az úgynevezett parablennorrhagiás bántalmak) is okozhat, azt *Dinkler*, *Frisch*, *Wertheim* észleletei bizonyítják. *Wertheim* a tubafal kötőszövetében találta és főleg a nyirokerekben, továbbá ovarialis tályogoknál a subperitonealis kötőszövetben, sőt kétszer ovarialis tályogban, ezek közül egyszer az ovarium állományában a gonococcust. *Dinkler*

gonococcust látott a cornea kötőszövetében, *Frisch* [Ueber Gonorrhoea rectalis, *Witzburg* 1891] a rectum nyálkahártyájának kötőszövetében egész a muscularisig. Azonban *Bumm* és *Neisser* (1896) még ma is hangsúlyozzák, hogy a gonococcus a kötőszövetbe nem hatol be, és ha egyes esetekben az megtörténik, úgy azon szövetnek súlyos sérülései lehetnek jelen, tehát ha ilyen szövődmény szegődik kankóhoz, a legtöbbször más mikroorganizmusokat — staphylococcus, streptococcus — is, a melyek bevándorlására a gonococcus tár kaput, kell felvennünk (társult vagy vegyes infectio). Így például *Fritsch* is (1894) a *Bartholini* mirigyek elgenyedését, továbbá a progrediens peritonitist is vegyes infectióra, vagy más, nem gonorrhoeás infectióra viszi vissza. Továbbá *Witte* (1892) még a pyosalpinxban is egyszer gonococcust és streptococcust, egyszer gonococcust és bacillust, egyszer gonococcust és staphylococcust talált. *Witte* ellen szól azonban *Wertheim* lelete, ki 116 pyosalpinx eset közül 72-nél semmi bacteriumot, 32-nél gonococcust, 6-nál staphylococcust, 1-nél streptococcust talált, de sohasem gonococcust más bacteriumokkal együtt vagy más geny okozó mikroorganizmusokkal együtt nem talált, és azt állítja, hogy más bacteriumok a készítményeken véletlen szennyezés eredményei lennének, és hogy nem vegyes fertőzésről van szó. Itt kell megjegyeznünk, hogy sokszor nem szövetbeolvadás, tehát nem tályogképződés az, a mi kankóhoz társul, pl. periurethritis, cowperitis, prostatitis follicularis eseteiben, hanem pseudoabscessus, azaz a mirigyjáratok kankós megbetegedésénél a vezeték izzadmány okozta elzáródásának és így a kankós genynek a mirigyben felhalmozódásának és visszatartásának eredményei (*Jadassohn*). Tehát cystaszerű genygyülemek.

A kankó lefolyásában észlelhető izületi lobok, szívbélhártyalob stb. egyszer határozottan a gonococcus hatás eredményei (gonorrhoeás metastasisok). *Lutter* [Ueber die Gonorrhoe beim Weibe, *Klinische Vorträge* 1893] utal azon lehetőségre, hogy instrumentalis behatásnál véredek repedhetnek meg és így a gonococcusok direct a vérbe juthatnak, ez által a húgycső sérülése catheter stb. által metastasisok képződéséhez vezethetnek. Azonban, a mint azt *Wertheim* kimutatta, a gonococcus sérülés nélkül is bevándorolhat a vérekekbe. *Wertheim* ugyanis (1895) egy kankós kis lány hólyagfalából kis darabkát kicsipvé, nemcsak a hámrétegekben és kötőszövetben, hanem a capillarisokban és finom vivőerekben is kimutatta a gonococcust és ezzel megvilágítja a localis infectiótól a metastasisokhoz vezető utat. A Bumm által 1887-ben ezen távolabbi complicatiók számára is felvett vegyes fertőzés elmélete azonban ma még nincs megdöntve. Némely szövődmények számára azután nemcsak a gonococcusok mélybe vándorlását, hanem azoknak anyagcsere-termékeit is (ptomaine) felelőssé teszik. (*Raynaud* 1890, lásd a szövődményeknél is.)

Annyi azonban bizonyos, hogy a gonococcus hatása a legtöbb esetben csak nyálkahártyalob, mely ha újabb invasio nem történik, vagy ha történik is, de nem sokszor, rövid idő alatt gyógyulásba mehet át nyom visszahagyása nélkül.

De ez, különösen a férfiak húgycsővében vagy a nők nemi szervein mégis a ritkább kimenet, mert itt az újabb invasio állandó veszélye nem egy kicsiny területre, hanem a kötőhártyákhoz képest óriási területekre szól és így a nyálkahártyalob is hosszasan elhúzódik és mert épen e helyeken sokáig rögzített a gyuladás és mert e helyek folytonosan más-nemű esetleges, a lobot fokozó izgalmaknak is ki vannak téve, igen gyakori a folyamat idültté válása és ekkor már az idült nyálkahártyalob jelentősége lép előtérbe. A gyógyulás nem fog nyom nélkül megtörténhetni. A nyálkahártya kötőszöve, a hova részben a sejtkivándorlás történt, az idült lobos inger behatása alatt burjánzik és később hegesen zsugorodhatik. A kötőszövet ilyen elváltozása után a felső hámrétegek is elvesztik jellegüket és az újonnan képződött sejtek e helyeken a lapos hámhoz vagy épen a szaruhámhoz közelednek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közlő: Tóth István dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Mielőtt általános következtetéseinket levonnánk, éppen ezek illusztrálásaként szabadjon olyan 10 szűkmedenczés nő egymásután következő születeit táblázatokba állítanunk, a kik többször szültek klinikánkon. Rendkívül tanulságos ez áttekintés, mert egy ugyanazon egyénnél, változatlan medence mellett, mutatja, illusztrálja, mily különbség lehet a szülés

lefolyásában egy bizonyos fokú szűkület mellett, ha a többi tényezők megváltoztak, másrészt, mily nehéz előzetesen egy szűkmedenczés szülésnél a szülés lefolyására következtetni, eljárásunkat mennyire individualizálni kell nemcsak az egyes egyének szerint, de egy ugyanazon egyén egyes születei alkalmával is.

Bár nem mind a 10 ismételve a klinikán megfordult szűkmedenczés nő születeinek egymasmellé állítása nyújt a felvetett thema szempontjából különös érdekességet, mégis beszámolunk mind a 10-ről, épen azért, hogy elkerüljük gyanúját is annak, mintha a klinikának nagy anyagában saját céljaink szolgálatára válogattunk volna.

Íme a 10 nő 29 születe:

1. Z. M. medenczéje: 26, 27 $\frac{1}{2}$, 19, c. d. 10 $\frac{7}{5}$, lapos.

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző születek	Vajú-dás tar-tama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1882. 199.	19 éves	I. P.	17 $\frac{3}{4}$ óra	7 $\frac{1}{4}$ óra előtt	I. kf.	Forceps kísérlet, erős vérzés miatt abbahagyták; spontán szülés	Halott, leány, 52 cm., 3700 gm., 34 cm.	—	Zúródás	Láz, endometritis exsudatum
2.	1885. 409.	22 éves	II. P., fenti	13 óra	2 $\frac{1}{2}$ óra előtt	II. kf.	Beilleszkedés hiánya, lábrafordítás, extractio	Élő, f., asphyx., 50 cm., 2950 gm., 34 cm.	—	Zúródás	Kétszer 38 $^{\circ}$ C. $^{\circ}$ fölött, bűzös folyás
3.	1886. 474.	23 éves	III. P., fentiek	16 óra	3 óra előtt	I. kf.	Spontan	Élő, leány, 53 cm., 4000 gm., 36 cm.	Burok-részletet a méhüregből hoztak ki	—	Láz, bűzös folyás

A mint a táblázat mutatja, a három egymásután következő szülés közül az I-sőnél fogó-kísérlet után (helytelenül abbahagyva) spontán halott magzat született; a II. P. nál egy aránylag kicsiny magzat feje beilleszkedni nem tudott s e miatt fordítás, extractio útján fejezték be a szülést; míg a III. P.-nál egy erősen fejlett magzat, spontán élve született meg.

Vajon az előző tapasztalatok nem indíthattak volna-e a III. P. alkalmával prophylaktikus fordításra? S pedig feleslegesen! Másrészt kérdés, ha vajjon a II. P.-nál kellő várakozás után, elmulasztásával a prophylaktikus (?) fordítás kellő időpontjának, nem következik-e be a spontán szülés, mint a hogy lefolyt a III.-dik szülés egy jóval fejlettebb magzat mellett.

2. S. T. egyik lábára sánta (szerzett csonttörés folytán); medenczéje: 26, 27 $\frac{1}{2}$, 17, c. d. 10 $\frac{25}{25}$, általánosan szűk, rachitikus lapos medence.

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző születek	Vajú-dás tar-tama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1882. 72.	20 éves	I. P.	17 $\frac{3}{4}$ óra	5 $\frac{1}{2}$ óra	II. kf.	Köldökszínű elő-esés, repositio, spontán szülés	Élő, leány, 50 cm., 2900 gm., 33 cm.	—	—	T. háromszor 38 $^{\circ}$ C. $^{\circ}$ fölött
2.	1888. 212.	26 éves	III. P., első a fenti, II-ik spontán halott magzat	48 óra	36 óra előtt, 2 ujjnyi méh-szájnal	II. kf.	Perforatio elhalt magzaton	Halott, leány, 55 cm., 3700 gm., 36 cm.	Atonia	—	Néhány hőemelkedés 38 $^{\circ}$ C. $^{\circ}$ fölött
3.	1890. Plk. 690.	28 éves	IV. P., fentiek	?	Álló burok	II. kf.	Prophylaktikus lábrafordítás, extractio	Halott, leány, 54 cm., 35 cm fejkerület, bitemp. 9, bipar. 10, kartörés	—	Cervix ruptura	Láz, bűzös folyás
4.	1892. 492.	30 éves	V. P., fentiek	Több mint 4 nap	Több nap előtt	I. kf.	Mesterséges koraszülés bevezetése; heges méhszáj, előre-met cervix ruptura hege a parametriumban, sectio caes.	Élő, leány, 49 cm., 2680 gm., 32.5 cm.	—	—	Több napon át láz, bűzös folyás

Az I-ső szülés lefolyik spontán, a mérs. fejlett magzat élve születik; a II-dik magzat, a mely valószínűleg erősebb fejlettségű, már halva jön a világra, a III-diknál perforálnunk kell a nagy magzatot, a IV-dik szülésnél prophylacticus fordítás után utoljára jövő fejjel sem tudjuk áthozni a magzatot élve; de az extractio alatt bereped a cervix mélyen, másrészt a magzat karja törik el.

Ezek után koraszülést indítunk meg az V-dik szülésnél (a nő későn jelentkezett), azonban az aránylag nem nagy fej be nem illeszkedik, az előrement cervixrepedés hegje pedig oly ellentállást nyújt, a mely miatt még a kisebbitett magzat

keresztülhozatala sem látszik veszélytelennek; ezért a magzat életét is szem előtt tartva, de másrészt az anyára nézve sem tartva veszélyesebbnek a sectio caesareat, mint ily viszonyok között a perforatiót, sectio caesareával fejezzük be a szülést, megmentjük a magzatot, másrészt teljesen egészségesen bocsátjuk el az anyát.

Érdekes példája ez eset annak, mint súlyosbodnak a veszélyek szűk medencénél az egymásután következő szüléseknél s a magzat fejlettsége mennyire befolyásolja az egyes szülések lefolyását.

3. P. A. medenczéje: 28, 29, 19, c. d. 11·5, lapos medence.

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajúdas tartama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1884. 370.	36 éves	II. P., első rendes	36 óra	1 1/4 óra előtt	II. kf.	Spontan	Élő, leány, 49 cm., 3300 gm., 34 cm.	—	—	Bűzös folyás
2.	1885. 423.	37 éves	III. P., fentiek	23 1/2 óra	8 óra előtt, tünőfélben levő méhszájnál	I. kf.	Beilleszkedés hiánya miatt fordítás, extractio	Élő, leány, 50 cm., 3300 gm., 35 cm.	Mérs. atonia, lepényrészlet kihozatala	Zúzódás	Láz, endometritis, parametrit.

Csaknem hasonló fejlettségű gyermek a II. és III. P.-nál; a II. P. normalisan folyik le, a III. P.-nál, dacára a rendes szülőtevékenységnek, 8 órán át nem képes a fej keresztül-

jutni a bemeneten, ezért lábrafordítás; magzat él, de az anya hosszas, lázas gyermekágyat áll ki.

4. G. B., kyphosis a magasabb hátesigolyákban, medenczéje: 25, 28, 17, conj.-vera 9·0, általánosan szűk medence.

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajúdas tartama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1884. 502.	30 éves	II. P., első kora, halott magzat	?	1 1/2 óra előtt	II. kf.	Spontan	Élő, fiú, 52 cm., 3600 gm., 35 cm.	—	—	T. 1 napon 38·2° C., tovább láztalan
2.	1887. 85.	33 éves	III. P., fentiek	22 óra	22 óra előtt	I. kf.	Spontan	Élő, fiú, 53 cm., 3600 gm., 37 cm.	—	—	Bűzös folyás

Dacára az általánosan szűkült medenczének, 9 cm. conj.-vera mellett, mindkét szülése spontán folyik le, erősen fejlett magzatokat szült.

5. B. K. medenczéje: 23, 26, 17·5, c. d. 11·5, általánosan szűk.

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajúdas tartama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1886. 573.	25 éves	II. P., első forceps (?)	12 óra	2 óra előtt	I. kf.	Spontan	Élő, leány, 51 cm., 3200 gm., 35 cm.	—	Zúzódás	T. egyszer 38·5° C.
2.	1889. 7.	28 éves	III. P., fentiek	18 1/2 óra	7 1/2 óra előtt, 4 ujjnyi méhszáj.	II. kf.	Beilleszkedés hiánya T. 38·5° C. fordítási kísérlet; kinyult cervix miatt perforatio élő magzaton	Halott, fiú, 2800 gm.	—	Zúzódás	Láztalan

A klinikán első (II. P.) szülésénél egy jól fejlett élő magzatot szült, a szülés semmi rendellenességet nem mutat s ime a következő szülésnél a méh egy körülbelül hasonló fejlettségű magzatot nem tud keresztül hajtani a medenczén, kinyúlik a cervix, fordítási kísérlet után perforálják az élő magzatot.

Ez utóbbi szülésnél minden esetre megkísérlendő volt

volna a magas-fogó, éppen az ily esetekben van teljes jogsultsága s kiváló sikere mutatja egyszersmint azt is, hogy az előző szülések lefolyásán alapult s indokolt, de eredménytelen várakozás után nagyon gyakran nem vihető ki, illetőleg a méhrepedés veszélyét hozná az anyára a forszírozott fordítás.

(Folytatása következik.)

Casuisticus közlemény a Ferencz József kereskedelmi kórház sebészeti osztályáról.

Aneurysma art. popliteae sin. Czombütér alakötés. Lábszár-üszkösödés. Csonkítás. Gyógyulás.¹

Közli Bartha Gábor dr. magántanár.

O. B. 47 éves bányaszámánácsos azon szándékkal vettette fel magát a Ferencz József kereskedelmi kórház magánbeteg osztályára, hogy kezelő orvosai által Mármarosban már konstatált térdaljútér-daganatától megszabaduljon.

A midőn öt mult év október hó 14-dikén megvizsgáltam, a bal czomb alsó harmadának belső-hátsó felületén s a térdaljból elődomborodó, körülbelül gyermekfejnyi, ép bőrrel és az itt fekvő czomb s lábszár izmokkal fedett, sima, egyenletes felületű, élénken hullámzó és a systoleval egyidejűleg lüktető daganatot találtam. A pulsatio rythmikus, a daganat egész terjedelmére kiterjedt, látható és még inkább tapintható volt. Systole alatt a daganat falzatának egyenletes megfeszülése, surranás volt érezhető és fúvó zöreje volt hallható. A czombütér lenyomása alatt a pulsatio, surranás, a fúvó zöreje, a daganat falzatának feszülése megszűnt.

A beteg farkastorokkal született; középtermetű; gyenge csonts izomrendszerrel fejlett; feltűnően halvány, vérszegény, aorta-szűkület és billentyűelégtelenségben szenved; bal alsó végtagja 2 cm.-rel rövidebb.

A daganat fejlődésére nézve a tanácsos úr elmondotta, hogy körülbelül 2 év előtt vette észre, hogy ha bal czombjával a jobbat keresztezte, abban feltűnő lüktetés keletkezett, mely néha oly erős mértékben nyilvánult, hogy bal lába a jobbról akarata ellenére lecsúszott. Három hónap előtt bal lábszárában, különösen ülés közben, gyakran zsibbadást és a czomb alsó részén kellemetlen feszülést érzett. Ugyanakkor konstatálta, hogy bal czombja a térd fölött vastagabb, térdaljból egy lüktető daganat van. Szeptemberben már a járás is fájdalmas volt; a fájdalom azonban pihenésre mindig megszűnt. Szeptember végén a daganat hirtelen megnagyobodott s állandóan fájdalmat okozott. A daganat nagyobodása közben fájdalma annyira fokozódott, hogy október 1-én ágyba került s ez idő óta végtagját egyáltalán nem használhatta; állandó kínos fájdalma a legesekélyebb mozgulatra jelentékenyen fokozódott s csupán morphium használatára enyhült.

A daganat fejlődéstörténetéből, jellegző klinikai tüneteiből, fekvéséből a térdaljútér-daganat körképe minden kétséget kizárólag domborodott ki.

A kóriszmzés elenyészően könnyű feladat volt azon kérdés megoldásával szemben, hogy az ütér-daganatok gyógyítására ajánlott különböző eljárások közül, ezen esetben melyik volna a legjobb, a leginkább célra vezető?

Azon gyógyeljárások közül, melyek az ütér-daganatban a vérmegvaladás előmozdítását s ez úton a gyógyulást célozzák: a lábszárnak térdizületben erős szögben behajlítása ez esetben a daganat nagysága miatt kivihetetlen volt; de a siker reményével sem kecseltethetett; mert a daganat már a czomb középső s alsó harmada határán kezdődött s feltehető volt, hogy annak képezésében az ütér felső része már a mint a musc. adductor m. inán áthalad, részt vesz és ennél fogva a szögbehajlítás által az edény összenyomása nem is sikerült volna.

A digital compressiótól, mint legenyhébb, de egyszersmind eredményében leginkább bizonytalan eljárástól, melyet köztudomás szerint a betegek különben sem jól tűnnek, tekintettel a daganat nagyságára s klinikus tüneteire, sikert szintén nem remélhettem.

A véres beavatkozások közül a térdaljútér-daganatok gyógyítására különösen ajánlott s leginkább célra vezető Antyllus-féle eljárást, mely a daganathoz vezető s attól elvezető ütér törzs alakötésében, a daganat felhasításában, a belé szájadzó edények alakötése után a tömlőnek kiirtásában áll, s a mely módon 1875 óta sikeresen operált 14 esetről számol be Köhler, ez esetben nem

választottam azért, mert, ha az elgyengült vérszegény beteget a műtét alatt a vértelenítéssel nagyobb vérvesztéstől s annak reá nézve végzetessé válható következményeitől megóvnom sikerült is volna: nyílt kérdés maradt előttem, hogy ily nagy daganat kiirtása a térdaljból minő functionális zavarokra fog vezetni? De le kellett mondanom ezen eljárásról azért is, mert az aorta szűkület és billentyűelégtelenségben szenvedő beteget altatni nem lehetett s ez okból is oly műtési eljárást kellett választanom, melylyel a feladat a lehető legrövidebb idő alatt megoldható. Ez utóbbi követelménynek, a műtét gyors végrehajtásának leginkább megfelelő s mind a mellett sikert is ígérő eljárást, az ütér-daganathoz vezető edénytörzsnek, a czombütérnek folytonosságában való alakötését határoztam el.

Mielőtt a műtétet végrehajtottam volna, 8 napig, naponként több óráig, a czombütéren az art. prof. femoris eredése alatt, digital compressiót alkalmaztam, főleg azon czélból, hogy a collaterális vérkeringés fejlesztése által a végtag táplálását lehetőleg biztosítsam. A digital compressio alatt, melyet különben a beteg rosszul tűrt el, a fájdalmak szűneteltek; a fájdalomszünet a digital compressio után órákra is kiterjedt.

Október 23-dikán a lábszáron, a czomb külső oldalán elszórtan capillaris rexisekből származó kisterületű kékes elszínesedések mutatkoztak, a fájdalom elviselhetetlen fokra emelkedett; digital compressio alatt sem szűnetelt. A daganaton lényeges változás nem volt észlelhető. A beteg kínzó fájdalmaitól szabadulandó, a műtétet sürgette.

Október 24-dikén a czombütéret a Poupart-szalag alatt 8 cm.-rel, a czomb háromszög alsó zugában folytonosságában alakötöttem. Az alakötés után a daganatban a pulsatio, falának feszülése és ezzel együtt a fájdalom is megszűnt. Az ejtett seb egyesítése s laza kötés alkalmazása után a végtagot nyújtott helyzetben, czombizületben 45°-nyi szög alatt hajlítva, wattába göngyölve, párnákra helyeztem el.

A műtét napján és a következő napon a lábszár kissé hűvös ugyan: de a bőrvisszerek vérrel teltek; kiürítés után lassan ismét megteltek; a bőr ruganyos. Az érzés a második napon kissé gyengült; a beteg a tűszúrás késve jelzi.

A harmadik napon október 26-dikán a lábujjak, a láb külső széle s a bokát fedő bőr livid, kékeszínű. A lábháton a bőr viaszszárga, fonyadt. A lábszáron a bőrvisszerek kékesen át-tűnők; kiszorítás után lassan telnek meg. A végtag a lábszár felső harmadáig hűvösebb, mint az előző napokon. Az érzés a lábfejen teljesen megszűnt, a lábszár alsó és középső harmadában lényegesen csökkent; beteg a tűszúrás csak néha jelzi. A lábszár alsó s középső harmadában a tűszúrás helyén sötét-vörös vér buggyan elő, ellenben a lábfejen a tűszúrás helyén vér nem jelenik meg.

Az alsó végtagot nyújtott helyzetben vízszintesen helyeztettem el s állandóan meleg nedves borogatásokat rendeltem el.

Következő napon október 27-dikén a lábszár csaknem egészen a felső harmadáig kékesen elszínesedett, teljesen érzéstelen. Október 28-dikán a lábszár bőrének kékes elszínesedése mind kifejezettebb lesz. A beteg a lábszár felső harmadában zsibongó fájdalmas érzésről panaszol, mely nyomásra élénk fájdalommal fokozódik. A varratok eltávolíttatnak. Prima intentio.

A következő napokon az üszkösödés mindinkább kifejezetten előtérbe lépett. A most már céltalan nedves borogatások kihagyattak. Október 31-dikén az eddig teljesen láztalan beteg lázas lett. A hőmérsék este 38°-ig emelkedett, az érlökés percenként 100. A lábszár alsó és középső harmadában a bőr zöldes-kékeszínű; a felső harmadban, a beloldalon a bőrön a térdizületig csikokban vörös elszínesedés lépett fel (lymphangoitis); a boralatti kötőszövet kis fokban vizenyösen beszűremkedett.

November 1-jén a lábszár a felső harmadáig zöldes-kékeszínű; teljesen érzéstelen. A felső harmadban a térdizületig a bőr vizenyösen beszűremkedett; a vörös csikok a térdaljak felé húzódnak. A daganat az ütérlekötés óta lényegesen meg nem kisebbedett, csupán puhább lett s falzata kevésbé feszült. A beteg a lábszár felső harmadában zsibongó fájdalmat érez, mely nyomásra fokozódik. A hőmérsék ezen napon 38°-ig emelkedett, az érlökés percenként 114.

¹ A készítményt az orvosegyesületnek mult év december 5-dikén tartott ülésén bemutattam.

Már az ütér alakítást követő 3-dik napon semmi kételyem sem lehetett az iránt, hogy a czombütér alakítását ritkán követő complicatio: a végtag üszkösödése be fog következni és hogy e miatt a esonkítás elkerülhetetlen lesz; azonban a végtagból lehetőleg sokat megtartandó, a tovaaterjedő üszkösödés megállapodására vártam. A midőn azonban láz s a tovaaterjedő fertőzésnek tünetei mutatkoztak, tovább várni tanácsos nem volt s a beteget helyzetéről felvilágosítanom kellett. Miután az üszkösödés a lábszár felső harmadában még meg nem állapodott s a felső harmadban tovaaterjedő fertőzésnek tünetei, lymphangoitis stb. mutatkoztak, a lábszárcsonkítás szóba sem jöhetett. És ha már a lábszárat egészen feláldoznom kellett, arra törekedtem, hogy a czombból lehetőleg sokat tartsak meg. A csonkítást tehát úgy terveztem, hogy az a daganat felső harmadán túl ne terjedjen. E terv szerint november 2-dikén a czombcsonkítást digital compressióval, narcosis nélkül a középső és alsó harmad határán, külső és belső bőrízom lebenynyel oly módon végeztem, hogy a belső lebeny képzésére a daganatot fedő bőrt és részben a musc. vastus internust felhasználtam. A seb egyesítése után a sebzigokban drainsöveket helyezve, kötést alkalmaztam.

A lefolyás teljesen zavartalan volt. A láz megszűnt. Az első kötést a 9-dik napon, november 10-dikén változtattam; varratokat, draint eltávolítottam. A seb per primam intentionem gyógyult.

November 12-dikén a második kötéssel a beteg már felkelt. A 14-dik napon a seb teljesen begyógyult; a csonk csak védő kötéssel lett fedve. A beteg mankókkal járni tanult és november 24-dikén a kórházból távozott.

A készítményen látható, hogy az ütér daganat a térdaljtér felső részének mellő falából indult ki, hátul s a belső oldalon a czomb középső harmadáig felterjed, falazatának képezésében a belső oldalon a musc. vastus internus részt vesz, úgy hogy attól el sem választható; a térdaljárók felé orsó alakú s az ütér elágazódása előtt végződik. A visszer a daganat külső oldalán fekszik. A lábszáron a bőrön az üszkösödésre jellegző elváltozások láthatók.

Ezen esetet, melynek casuistikus értéke az ütér daganat nagyságán és fekvésén kívül főleg abban van, hogy az ütér alakítás következménye lábszáruészüszkösödés volt, közlésre érdemesnek tartottam.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Szülés transpositio viscerum totalis mellett.

(A terhes méh fekvésére vonatkozó néhány megjegyzéssel.)

Mentségemül, hogy ez esetet közlöm, szolgáljon részben az, hogy idevonatkozó megfigyelést alig találunk az irodalomban, részben pedig azon reményem, hogy ez eset egy újabb adattal szolgál egy még vitás kérdés megoldásához.

Egy mérnöknek 22 éves másodszor szülő nejéről van szó, kinél néhány hét előtt a szülés lefolyását észlelni alkalmam volt. A nő maga hívta fel figyelmemet arra, hogy az ő szíve jobboldalon van. A teljes zsigeráthelyeződést a gyermekágy lefolyása után a következő lelettel állapítottam meg:

A szívotompulat a jobboldalon kopogtatható ki. Szívcsúcs-lökés a jobboldali 5-dik bordaközben a bimbó-vonalon belül. Traube-féle félhóvalakú tér a jobboldalon a szívotompulat alatt. A mellkas hátsó felső részletére helyezett kéz a mellrengést baloldalt erősebbnek érzí, mint a jobboldalon, jelöl annak, hogy a bal hörgő tágabb és közelebb fekszik a hátsó mellkashoz, vagyis hogy a tüdők is fordítva vannak elhelyezve. A hasi szervekre vonatkozólag: a májtompulat a baloldalon fekszik, a léptompulat a jobboldalon található. A gyomrot Frerichs módszere szerint fel-fújva (1 kávéskanálnyi Acidum tartaricum, utánna ugyanannyi Natrium hydrocarbonicum fél ivópohárnyi vízben) a gyomor alsó görbülete meglehetősen élesen lerajzolódik a hasfalra és lefutása kétségtelenné teszi, hogy a gyomor a jobboldalon fekszik. A pettyhűdt, vékony hasfalak mellett könnyen sikerül a coecumot

a bal hypogastriumban kitapintani. Az aorta descendens ütérülökése a gerincoszlop jobboldalán érezhető. Tumort sem a hasban, sem a medenczében nem lehetett találni.

A szülés a középtermetű, rendes medenczéjű, másodszor szülő nőnél rendben folyt le. Csak egy, némileg feltűnő körülményre óhajtom a figyelmet felhívni.

Tudvalevő dolog, hogy a terhesség vége felé a méh ritkán fekszik a test középvonalában. A méhfénék többnyire a has jobb felébe dül, a máj jobb lebenyének tájéka felé. E deviatión kívül a méh hossz tengelye körül is elfordul, többnyire úgy, hogy mellső felszíne egyúttal jobbra, hátsó felszíne pedig balra tekint.

Feltűnő volt az én esetemben, hogy a méh fenekével nem a jobb, hanem a bal hasfélben feküdt és hogy a méh rotatiója is, mint arról a méh összehúzódásaikor könnyű volt meggyőződni, a fordított értelemben történt. A mellső méhfal balra tekintett, a méh jobb széle elül feküdt a hasfalak mögött jobbra a fehér vonaltól.

Egy eset képesen semmit sem lehet magyarázni. Ott azonban, hol nem végérvényesen meghatározott tényekkel, hanem csak teoriákkal állunk szemben, még egyes esetek is megszívlelendők akkor, ha azok egy újabb adattal, sőt mi több egy újabb szemponttal gazdagítják ismereteinket.

Ezért egy perezzre rátérek azon magyarázatokra, melyeket a méhnek oly feltűnően gyakori jobboldali deviatiójára és rotatiójára felhoztak.

Felhozták, hogy a méh azért dül jobbra, mert a lepény többnyire a méh jobb felében fekszik és így súlyánál fogva a méhet jobbra hajlítja. Mások szerint a jobboldali kerek méhszalag, mely rövidebb és izomelemekben dúsabb, húzza a méhet jobbra. Újabban az okot abban keresték, hogy alvás közben az asszonyok is többnyire jobb oldalukon fekszenek, hogy menés közben inkább az erősebb jobb lábra támaszkodnak, hogy terheket a jobb karral emelnek, a jobb kézben visznek. A deviatio és rotatio két legvalószínű oka azonban a következő: Az egyik, hogy a rectum a medence felső részében baloldalt fekszik és megtelve a medence bal ferde átmérőjét szűkíti; a másik, hogy a bélfordor alapja alulról felfelé, jobbról balra halad, a minek következtében a vékony belek inkább a has bal felében foglalnak helyet és így a méhet jobbra tolják.

Ez utóbbi két magyarázatot az én esetem is támogatni látszik. A zsigerek teljes áthelyeződése lévén jelen, a rectum a jobboldalon fekszik, és szinte kétségtelen, hogy a mesenterium basisa is a fordított irányban halad. Ezért feküdt a méhfénék a hasnak bal felében és ezért fordul a méh mellső felszíne balra. Levret magyarázata ez esetre nem illik, mert a mennyire a kürtök lefutásából a terhes méhen és a peteburkok méreteiből meghatározni lehetett, a lepény ez esetben a hátsó méhfalhoz tapad. A nő nem balogos, jobb karja erősebb a balnál. Férje és saját állítása szerint alvás közben többnyire a jobb testoldalon fekszik.

Igen érdekes még, hogy a magzat — talán szintén a fennálló viszonyok következtében — a második koponyafekvés mechanizmusával jött világra.

Zsigeráthelyeződést sem az újszülöttnél, sem az idősebb gyermekeknél nem találtam.

Bodon Károly dr., nőorvos Budapesten.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1897. márczius 24-dikén.)

Elnök: Boleman István; jegyző: Tihanyi Mór.

Framboesia luetica.

Schwimmer Ernő: A 34 éves nő baja mult évi június havában kezdődött és rohamosan terjedt, mi miatt osztályára vettette fel magát, július elején. Antiluetikus kezelésben részesült, mely kúrát azonban nem lehetett erőlesen folytatni, a beállott stomatitis miatt. Ot heti kórházban való tartózkodás után mégis tetemesen javulva távozott.

Ez év január havában ismét terjedni kezdett a bántalom és ennek következtében február 17-dikén újból felkereste a kórházat. Felvétele alkalmával a már előbb mind a két talpon mutatkozó psoriasis, mely első felvétele alkalmával már teljesen visszafejlődött, újra nagyobb

mértékben volt jelen. A lényegesebb elváltozás azonban a bal lábán mutatkozott, midőn a bokától egészen a nagyujjig, valamint a talp egész kiterjedésében a lábhatáig terjedő fekélyes, dudoros sarjakkal fedett, valamint mely fekélyedést mutató elváltozást lehetett látni, tehát a framboesia egy igen kiváló alakját. Beteg nagy fájdalomról panaszkodik, nem képes járni és nagyon nehezen a jobb lábra fellépni. Miután a beteg a higanyt egyáltalában nem tűri, csak jodkali és decoctum lignorum használatára kellett szorítkozni, mely kezelés mellett azonban négy heti tartam dacára a leírt fekélyedések nem változtak, sőt a higanytapaszra is rosszabodtak, így tehát a fekélyeket minden tekintet nélkül az alpbántalomra nézve csak helyileg chromsavas ecseteléssel kezdte bemutató kezelni, mire a látható eredmény beállott. A fekélyek nagyobb részt behégedtek, új sarjadások nem képződtek és így várható, hogy a folyamat rövid idő alatt teljes begyógyulásnak fog indulni.

Ferrum sesquichloratummal gyógyított alszár fekélyek.

Schwimmer Ernő: Sz. J., 45 éves nőbeteg. Február 12-dike óta van kezelés alatt. Fekélye minden másnap ferri sesquichloratummal lett ecsetelve, küzbeeső napokon pedig 5% ferr. sesquichl. kenőccsel bekötve.

K. R., 35 éves, hajadon. A fekély ferrum sesquichloratummal lett ecsetelve, felváltva 5% ferrum sesquichloratum kenőccsel bekötve.

Mind a két esetben a ferrum sesquichl. behatása alatt a fekély alapja elkezdett tisztulni, vörös sarjadások kezdődtek és a folyamat gyógyulásnak indult. Jelenleg az egyik esetben a fekély $\frac{2}{3}$ -a már behégedt, míg a másikban a hegképződés kissé lassabban folyik, de itt is rövid idő alatt teljes gyógyulás várható.

Ezen két bemutatót csak két érdekes példányát mutatja a bemutató által már több mint egy éve osztályán végzett kezelési módnak. A ferrum sesquichloratum kenőcs 2–5%-os és vaselinnel vagy ungu. emollientissal készül.

Methylenkével gyógyított bőrrák az arcon.

Schwimmer Ernő: A 60 éves beteg jobb arcfelelén öt év óta fejlődő, folyton nagyobbodó, gyermektényérnyi nagyságot elért epithelioma volt jelen. E betegnél azon szereléshez fordult bemutató, melyet már több ízben jó sikerrel alkalmazott, t. i. a pyoktaninnal való ecseteléshez. Alkalma volt már 1895-ben a társulatnak két esetet bemutatni, melyek közül az egyik nagy kiterjedésű arc-, a másik pedig a keresztájtól egész a térdig húzódó súlyosabb alakú bőrrákban szenvedett. Mindkettőnél képes volt bemutató pyoktaninnal javulást elérni. A jelen esetben a pyoktanin most már egy hó óta van alkalmazásban és egy kis körülbelül borsónyi részt kivéve az egész kóros felület most új hámmal van befedve és alig látni az előre ment fekélyedésnek nyomát. Kétséget sem szenved, hogy a pyoktanin a genykepződést gátló hatásánál fogva nemcsak a folyamat tovatérését, hanem még az epithel új képződését is hatalmasan elősegítette.

Generisch Antal: Még kolozsvári praxisa idejében volt egy esete, melyben egy nagyon idős egyén tizenkét év óta fennállott arc epitheliomájánál alkalmazta a methylenkéket; az arcon $1\frac{1}{2}$ cm. átmérőjű, csaknem kerek anyagiány volt, a mit szülő operálni is akart, azonban tekintettel arra, hogy az egyén 70 éves volt, hogy baja 12 év óta fennállt, mirigyduzzanata nem volt, consiliarius társai lebeszélték, s ekkor szülő a methylenkéket kísérlete meg: a fekély erre időnként begyógyult, majd újból feltört, s ismét behégedt, úgy hogy az azelőtt $1\frac{1}{2}$ cm. átmérőjű epithelioma ma már csak körömnagyságú.

Elischer Gyula: Nagyon meglepi az eredmény, mert a nőgyógyászatban a methylenkével való kísérletezés nem vezetett sikerre, nem desodorál és a carcinoma uteri szétesése talán még gyorsabb; ha van eredménye, annak talán az az oka, hogy a felbőrön alkalmaztatik, hol a levegő éri.

Goldzieher Vilmos: A szemézi congressuson szóba került a methylenké alkalmazásának fekélyesedő carcinomák esetében tapasztalt eredménytelensége, s ugyanakkor felemlítették, hogy a formalinnak e tekintetben jó hatása van, mert bár a lethalis kimenetet nem tartotta fel, de a fekélyesedést megszüntette; a fekély lassú szagtalan necrosisa ment át, a daganat kisebb lett, s a beteg állapota javult.

Morelli Károly: A szájban, nyelven, gégében inoperabilis eseteknél használta a methylenkéket, a mivel a desodorálás sikerült ugyan, de a kórfolyamatot nem csökkentette, gyógyulást nem eredményezett.

Schwimmer Ernő: Oszítja hozzászólóknak nézetét, hogy inoperabilis esetekben semmi hatást sem gyakorol; nem is ajánlotta szülő a methylenkéket mint anticarcinomatikus szert, csupán abbéli tapasztalatát említette, hogy nagy kiterjedésű bőrcarcinomáknál, felületes, fekélyesedő alakoknál — s nem mélyen az uterusban — a bűz két hét alatt teljesen megszűnt, úgy hogy a beteg tűrhető állapotba jutott.

Asphyxie locale des extrémités.

Schwimmer Ernő: A 28 éves hajadonnál kórházba való felvétele alkalmával a rosszul táplált, nagy bággyadságról panaszkodó beteg feltűnt úgy a kéz, mint a lábujjakon mutatkozó kékes vörös szín, mely az utolsó ujjperctől kezdve egészen a kéztő, valamint a lábúig terjed. A kóros bőrré gyakorolt kis nyomásra a kékes szín csak lassan tér vissza, helyenként azonban a bőr élénken pirosodik és olyan benyomást nyerünk, mintha visszerekből kiömlő vérmennyiség felváltatnék az ütőerekből odanyomult vérrel. Az ujjak végei mind szélesbedtek és laposaknak látszanak, dobverőalakúak. A körömágyat fedő köröm viaszkefész és erősebb nyomás sem változtatja ezen színt. A kéznek, valamint a lábnak ezen említett elváltozása a bőrt hideggé teszi

és még a legmelegebb öt környező légkörben sem változtatja ezen érzést. A szívtől legtávolabb eső helyek, mint az orresücs és a fül, nem mutatnak semminemű színbeli eltérést. A köztakaró többi része hasonlóképpen rendes kinézésű.

Kórházban való tartózkodása alatt a tünetcsoport nem változott, testi ereje nem gyarapodott és még most is mindig gyöngélkedik. A bántalomnak kóriszmészésére nézve felemlíti, hogy itt azon általában ritkán észlelt bántalom egy nemével van dolgunk, mely *Raynaud* által már a 60-as évek elején mint syncope vagy asphyxia localis íratott le és az előfutóját képezi a gangraena symmetricának.

A bántalomnak lényege felett a nézetek még nincsenek teljesen tisztázva, a mennyiben a francziák általában arteriospasmusról szólnak. Mindkét feltevésnél minden esetre az edényizmok lényeges szerepet játszanak, mely szerep ismét az idegek működésétől függ. Helyesen járunk tehát el, ha a bántalmat magát mintegy vasoneurosis jelöljük, akár az edényeknek izgalma, akár azok hűdése okozható a tünetmenyek létrehozásánál. A betegség maga rendszeren acquirált és nem veleszületett bántalom és nem szokott visszafeljödni.

Donáth Gyula: A bántalom oka: arterio-sclerosis, vagy a vasomotorok olyan bántalmazottsága, hogy nem képesek az arteria lumenjét befolyásolni.

Grész Gyula: Felhívja a figyelmet arra, hogy a gyermek-korban ritkán ugyan, de előfordulnak hasonló tünetek, főleg az alsó végtagokon, mint azt egy 3 éves leánykánál tapasztalta, kinek alsó végtagjai kekesen elszínesedtek, ha a gyermek temperaturaváltozásnak lett kitéve.

Sperminnel gyógyított syphilis maligna.

Schwimmer Ernő: V. R. 29 éves cipész, 1895. október havában a glanson egy fekélyt szerzett, mely a szt. Rókus-kórházban ambulanter kezeltetett jodoformmal és szűrke tapasztal; általános kezelésben nem részesült; a fekély begyógyulása hat hétig tartott. 1896. május havában a torka kezdett fájni, a mi miatt az új dolog-kórházba vétette fel magát, hol július végéig maradt kezelés alatt. Hat injectiót kapott (10 naponként). Július végén elhagyta a kórházat, de szeptember végén ismét kénytelen volt magát felvételni, mert igen heves fejfájások kíséretében az arcon vörös foltok jelentkeztek, mely foltok helyén genyeddéssal járó fekélyesedések léptek fel. Október 3-dikán osztályomra vétetett fel a következő jelen állapottal:

A lesóványodott egyén arca nagy mennyiségű lenesényi egész 20 fillérnyi vastag pörkkel fedett fekélyekkel van borítva. Ugyanily fekélyek vannak a hajzatos fejbőrön és néhány apró a czombok bel-felületén és a far tájékán. A száj nyákhártyája lobos, meglazult, a fog ínszélé szürkés, piszkos lepedékekkel fedett. A nagyfokú stomatitis miatt csak jodkalit és ratannha szájvizet kapott október végéig. November elején hydrarg. salicyl. pilulákat szedett, de nem telt bele egy hét és abba kellett hagyni az újból fellépett stomatitis miatt. November 18-dikától február 5-dikéig a beteg huszonöt spermininjectiót kapott és a fekélyek 10% borkénecsesel lettek befedve. E kezelésre a beteg, ki nagyon meg volt viselve, magához tért és erejében gyarapodott.

Ezen eset az eddig sperminnel kezelt esetek közül a *hatodik* és midőn körülbelül másfél évvel ezelőtt a sperminnel való befeeskendést alkalmazta bemutató és a beteget a köz-kórházi orvostársulatnak bemutatta, csak azon meglepő eredménynek adott kifejezést, melyet ezen új szerrel elért, míg a higany és jodkali kezelés alatt a szétesés mind nagyobb és nagyobb mérvet öltött.

Mind az eddig kezelt hat egyénnél súlyos syphilissel volt dolgunk, mind a hatnál Hg. kezelés ártalmasnak mutatkozott és a spermin használata nemcsak az anyagcsere területére jó irányba, hanem a fekélyesedésnek továbbfejlődését is megakadályozta.

Dermographismus esete.

Schwimmer Ernő: R. J. gépész, jelen baja kórházba való felvétele előtt három hete kezdődött, ugyanis a bőre egyes helyeken viszketni kezdett, mely később az egész testre kiterjedt.

Az egyén egészséges, semminemű bántalomban nem szenved, csak időközönként kisebb-nagyobb fokú viszketésről panaszkodik; a bőr egyes helyeken erythematosus foltokat mutat; a pontosabb vizsgálat azt mutatja, hogy a bőr érzékenysége igen nagyfokú és a legkisebb érintésre, nyomásra urticariaszerű kitörés jelentkezik. Pontosabb vizsgálat mutatta, hogy a bőrnek beidegzése oly sajátos, mint ezt csak nagyon ritkán látni és hogy a bőrdények hűdése igen könnyen és nagyfokban beáll, mihelyt a bőrre egy kis nyomás gyakoroltatik. A hát bőrére felírt szavak néhány másodperc alatt kidomborodnak, fehér színűek, míg környezetük sötétvörös. A bántalomnak természete már régebben ismeretes. A jelenleg használatban levő megnevezés azonban csak újabb keletű és az angioparalysis, autographismus elnevezések a nem egészen kifogástalan dermatographismus elnevezéssel lettek felcserélve.

Rhinoscleroma narium.

Herczel Manó: A 15 éves nőbetegnél úgy Schwimmer, mint Morelli rhinoscleromát kóriszmész, beteget műtét elzárójából bemutatóhoz utasították, ki a műtétet 60 perczig tartó chloroform-narcosisban következőképen hajtotta végre: Az orrgyök jobb oldalán kezdődő, azt harántul szelő, majd annak bal oldalán lefelé kanyarodó, egész a bal ornyílásig húzódó, a csontig, illetőleg a porozos részen teljesen áthatoló metszés lett ejtve. Ezután a bőrmetszés felső részének megfelelőleg az orresontok alapi és a bal orresontnak a felső állkapocsal egyesülő része vésővel átvágatott, majd az egész lebeny elevatoriummal felemeltetve, a csontos és porozos orrsővénynek ollóval való átesapása után az ekkép szabadabbá tett orr jobb oldal felé vissza lett csapva.

Ekkor kitűnt, hogy az orrüreg egész terjedelmében a két alsó orrjáratnak megfelelőleg halványszürkés-rózsaszínű, kissé kocsányos kinézésű sarjakkal van tele, melyeknek radicalis kiirtása céljából mind a három orrkagylót, az orrsövényt, sőt még az orrüreg alapi és oldalsó falát fedő nyákhártyát is eltávolították részint ollóval, részint éles kanállal. Az orrkagylók és orrsövénynek csupán csak leghátsó negyedrésze lett megkímélve, mivel ily hátra a sarjak még nem hatoltak és a nyákhártya teljesen épnek látszott. Ezután vérzés csillapítás céljából az egész orrüregot Paquelinnel kiégették, és mintán a sebfelületet erős sublimáttal ledörzsölték, jodoformgázzal csikkal tamponálták, az orrlebenyt visszacsapták és a sebszégeket egyesítették.

A lefolyás teljesen láztalan volt. Az orrüregot tamponáló gaze-csikokat, melyek az első 2–3 nap mérsékelt fokban átvérteztek, harmadnap eltávolították, az orrüregot bőrvízzel irrigálták, majd újból lazán kitömtek. Ezen kezelés naponként lett ismételve, a varratokat nyolcadnap eltávolították, a seb per primam gyógyult. Az orrüreg laza tamponadeját még körülbelül 2 hétig folytatták, ekkor a bővebb secernálás megszűntével elhagyták és ezután csupán bőrvízzel lett naponta kiirrigálva az orrüreg.

Jelenleg a beteg orrán keresztül egész akadálytalanul veszi a levegőt, az orrüreg egyik napról a másikra mind kevesebbet secernál. Maga az orr configurációja is lényegesen javult.

Generisch tanár a kiirtott, tömött, dundorzos, szemcsés szövetdarabokat göcsösvileg megvizsgálván, azokat reticularis kötőszövetes gerendezéssel és a hézagokban fekvő apró sejtekből állóknak találta. A kötőszövetes váz egy nyirkmirigy gerendezetére emlékeztet. A sejtek aprók, kerek, lymphoidsejtekhez hasonlóak; elszórtan egyes kisebb-nagyobb hyalingömbök és szabálytalan hyalinlemez is vannak jelen, a melyek minden rend nélkül egyik helyen sűrűbben, más helyen ritkábban fekszenek a lymphoidszerű sejtek között. A darabok egy része felületén többretegű laphámmal van bevonva, a mely alatt valamivel sejtűsőbb laza kötőszövet foglal helyet, mely éles határ nélkül megy át a lymphoidszerű szövetbe.

A metszetek festésénél methylenkékkel a sejtek között csoportos elrendeződésben apró pálcikaszerű bakteriumok találhatók, a melyek egyesével és párosával világos udvarral (tok) vannak körülvéve és a melyek a metszetek legtöbbszörében kimutathatók. Diagn. Rhinoscleroma narium.

Morelli Károly: A bemutatott eset annyiban érdekes, hogy itt az orrszárnny nem mutatta a jellegző megvastagodást, sem az orrszárnnydudort, hajszáledényátulatot jellemző piros színével, csak a gypsszerű tapintat volt meg a porcos részen. Igen érdekes, hogy e betegnél is a jobboldali hangszálag alatt látható skleroma, a nélkül, hogy a garaton hasonló megbetegedés volna constatalható; ez a legnagyobb ritkaság; ilyen esetet különben szóló is észlelt.

A Kocher által ajánlott normal metszésekről.

Hütl Hümér: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük).

Donáth Gyula: A pajzsmirigy-transplantatióknak — mint az irodalomban újabban közölt esetek bizonyítják — nincs sok eredménye, mert az átültetett pajzsmirigy csakhamar felszívódik és a cachexia strumipriva tüneteik kifejlődnek.

Herzfel Manó: A mi a „Normal-metszeteket“ illeti, minden daganat maga adja meg a metszés irányát, ha szükséges, nem félünk a harántismoktat sem átmetszeni, a nyakon is — eltekintve a cosmeticus eredményektől — teljesen mindegy a metszés iránya, bár itt vigyázzunk, hogy nagy sebet ne ejtsünk, a mi nem is szükséges, mert a bőr a nyakon nagyon elastikus; substernalis nagy strumák esetén az ú. n. „Kragenschnitt“ helyett célszerűbb lentebb és koresolyaformában ferdén metszeni.

Két laparotomia esetben, hol a metszések suprapubica haladtak, léptek fel hassérvek; az egyik esetben, melyet egy híres berlini sebész végzett, hólyag-daganat, a másik esetben kő miatt végeztetett haránt-metszés.

Négy év előtt szőlőnak perityphlitis miatt harántul végzett laparotomia esetében támadt genyedés miatt s egy másik esetében, epekő műtét után, léptek fel hassérvek a harántmetszés után.

Szóval legjobb, főleg laparotomiánál, a median metszés, mert ott kevesebb hassérvek marad vissza, a műtét tér könnyebben áttekinthető s az operatio rövidebb ideig tart; adott esetben persze, ha a daganat configurációja úgy kívánja, részűt metszést is végez.

Hütl Hümér: Suprapubica metszést nem csinált, nem szólhat hozzá; hogy lateralis fekvő szervek áttekinthetősége céljából harántul végzett metszések felett kritikát mondhasson, az elmúlt 1 1/2 év rövid idő.

A mi a varratokat illeti, igen gyakran tapasztaljuk, hogy a rectusok tátonogók, de harántmetszésnél, ha a beteget felemeltetjük, könnyen lehet varrni.

A mi a nyakat illeti, középvonal-metszésnél torzító heg mindig marad vissza, ezzel szemben a harántmetszésnél pl. lymphomák kisérdésekor, a heg belcsévé a nyak ránczába, 1–2 év múlva nyoma sem látszik; a hol lehet, szóló ezután is a bőr repedése irányában végzi a metszést.

Chorea hysterica esete.

Donáth Gyula: Jelen beteg pár nappal ezelőtt Barbás főorvos úr osztályáról szülőhöz utasított, kinek szívességből a beteget bemutatja. Az elég jól fejlett és táplált, nagy fokban anaemiás 17 éves leánynál jobboldali hemichorea van jelen. Ezen végtagok folytonos erős rhythmusos mozgásainak vannak. A kar pronatio-supinatio, többnyire pedig abductio-adductio gyors lengésszerű mozgásokat végzett. Egy-

idejű hasonló mozgásokat végzett a jobb alvégtag is. A hemichorea, de különösen a rhythmusos mozgások döntöttek a hysteriás eredet mellett és ez a hystero-epilepsiás rohamok, valamint az egész körlefelvétel által csakhamar lett igazolva.

Elbeszélése szerint 13 éves korában az első eszméletlenségi görcs-roham lepte őt meg az utczán, a midőn a nyelvét is összeharapta. Daczára a nyelvharapásnak nem genuin, hanem, mint a számos szemünk előtt lejátszódo roham mutatta, hystero-epilepsiával van dolgunk. Közvetlenül az első roham után a jobb arczfélben, a jobboldali végtagokban, valamint a nyelvben choreás mozgások léptek fel, melyek alvás közben szüneteltek. 1893. december havában Korányi tanár úr klinikájára vétette fel magát, melyet 4 havi tartózkodás után gyógyultnak elhagyott. Ezen klinikától voltam oly szerencsés az akkori feljegyzéseket megkapni. Folyó év január közepéig jól érezte magát, midőn éjjel álmából nagy lármával feljlesztették, a mire ismét ugyanazon oldalon a hemichorea fellépett. Újra felvétetvén magát az I. belklinikára, hypnosis kíséreltetett meg rajta, mely sikerült is, de nyomban hystero-epilepsiás roham lépett fel. Azóta a hystero epilepsiás rohamok sűrűn ismétlődtek és a hemichorea tovább persistált. A vizeletben kevés fehérje és hyalinecylinder találtatott. A Rókus-kórházban némely napon 10 hystero-epilepsiás roham is volt, bromkalium adagolásra (6 gm. pro die) a chorea már 2 nap múlva majdnem teljesen megszűnt, ellenben a hystero-epilepsiás rohamok még fellépnek, jóllehet számuk csökkent.

Érdekes, hogy a súlyos hystero-epilepsia daczára bőranaesthesia nincsen jelen, mint ez az I. belklinikán is constatalatott. Csak a látóterek mutatnak fehérre nézve csekély concentrikus szűkületet, különösen a halánték felé (jobb szemem a temporalis szűkület 20, a balszemem 100). A színek látóterei változatlanoknak mutatkoznak. Szaglás mindkét oldalt jó. Ízlés a jobb nyelvfélben csökkent. Ez esetben tehát a choreának hysteriás természete iránt nem lehet kétség.

Tüdősérv esete.

Martiny Kálmán: A 40 éves kocsiat ezelőtt másfél évvel ló megtaposta, s akkor szenvedett sérülése miatt a dologkórházban fekvő 6 hétig. Fél év óta a sérülés helyén fájdalmak léptek fel, a melyek mélyebb légvételek alkalmával erősödnek. E miatt a II. sebészeti klinikumra vétette fel magát. A bal mellkasfélen egy férfitenyérnyi ép bőrrel fedett besüppedés látható. A bordák vizsgálatánál a baloldali IV., V., VI. borda gyógyult törése állapítható meg a tört végének kóros állásban történt összeforradásával. Végig tapintva az említett bordákat, a IV. és V. bordán kettős törés nyoma észlelhető, a törvégek oly dislocálásával, hogy a letört bordadarab, melynek hossza 10 cm. lehetett, egyik végével a borda alá, másikkal föléje csúszott s azonkívül a IV. borda letört darabja kissé felfelé a III-dik felé, az V. pedig egész közel a IV-dikhez tért le, úgy hogy ez által az V-dik bordaköz majdnem megkészszerződött e helyen. Köhögéskor a besüppedt területen a tüdő gyermekkökölyi nagyságban türemkedik elő. A bántalom gyógyítása thoracoplasticával terveztetik.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Die Krankheiten der Harnwege. Klinische Vorlesungen aus dem Hôpital Necker von J. C. Felix Guyon. Uebersetzt und bearbeitet von Dr. Oskar Kraus in Karlsbad und Docent Dr. Otto Zuckerkandl in Wien. I. Band. (Wien, 1897. Alfred Hölder).

Guyon — ki a húgyszervi bajok diagnostikáját és therapiáját tudományos niveaura emelte — évek előtt közzé tette a húgyszervek betegségeiről szóló munkáját s így, minthogy megtanulhatjuk belőle, hogy hogyan kell anatómiai és élettani alapokon kutatni a húgyutak bajai után s hogy természettudományi alapon minő módon kell e bajokat helyesen gyógyítani: a munkának németre fordításával nemcsak a németeknek, de a magyaroknak is nagy szolgálatot tettek a fordítók, minthogy a hazai orvosok jó nagy részére nézve — jelenlegi socialis viszonyainknál fogva — a német irodalom sokkal könnyebben hozzáférhető

A jeles munka — a francziáktól kedvelt formában — felolvasások alakjában készült s így természetesen a húgyutak bajait nem találjuk rendszerbe foglalva, mint a hogy azt a tankönyvekben látjuk, de már a könyv egyes fejezetei a practikus rendszert magukon hordják s e mellett szerzőjük genialitását. A könyv lapjaiba merülve, fokozódó érdeklődéssel olvassuk a kitűnő orvos és bölcselkedő fejtegetéseit, ki józan eszével kiváló magas fokra emelte a tüneteken alapuló diagnostikát s kinek józan esze száműzte a szokásos durva beavatkozásokat, miáltal a húgyszervi bajosok megmenekültek az érczeszközök okatlan és sokszor semmivel sem indokolható applikálásától. A diagnosis haladásával természetesen lépést tartott a gyógyítás is s ma már a belgyógyászat-

és sebészettől külön válva, az irodalomban a húgyutak bajai egy külön álló tudományzapot képviselnek. Guyon, Thompson s követők alapvető munkálatai megteremtették tehát az urologiát, melynek művelésében hazánkban is dicséretes buzgóságot fejtettek ki.

Guyon könyvének I. kötetét két részre osztja. Az I. rész a functionalis tünetekről, a II. rész a vizeletvizsgálatról szól.

Ad I. A húgyszervek működési zavarait tárgyalva, kinyilatkoztatja, hogy a legtöbb esetben már a tünetekből is képesek vagyunk a betegségeket felismerni s így nincsen szükségünk vizsgáló eszközökre s azokat csakis arra kell használnunk, hogy velők a tüneteken alapuló diagnosis helyességéről bizonyosságot szerezzünk. Szükségesnek tartja tehát a pontos anamnesist, a betegnek a belgyógyászat szabályai szerint való megvizsgálását s a beteg emberen észlelhető tüneteknek alapos megfigyelését, s csak ha e szabálynak eleget tettünk s csak úgy, ha ezek után azt szükségesnek tartjuk, engedi meg a vizsgáló eszközökkel való beavatkozást. E szabálynak többszörös felemlítése után tárgyalja a vizelésnehézségek egyes alakjait s azok vonatkozásait egyes betegségekhöz, melyeknek leírása mindenkor örök becsü marad. Guyon a tüneteken alapuló diagnosis kiművelésével megbecsülhetetlen szolgálatot tett a gyakorló orvosoknak, mert azokból könnyen felismerhetik a bajt s kellő időben utasíthatják pl. hólyagdaganatos, köves s egyéb physikai vizsgálatra alkalmas betegeiket a vizsgáló módszerekben inkább jártas szakorvoshoz, miáltal magukat sok fáradságtól, betegeiket pedig sok szenvedéstől óvhatják meg.

A tüneteken alapuló diagnosis megtételére Guyon practikus szempontból sorrendben tárgyalja a symptómákat. A vizelet kiürítés zavara cím alatt szól a gyakori vizelésről, a vizelésingeréről, a nehéz vizelésről (dysuria), a ritkábban beálló vizelésről, midőn a beteg a normalis mennyiségű vizeletet nem üríti ki oly időközökben, mint az egészséges ember, végre szól a húgysugár megváltozásáról s a fájdalomról, mely sok tekintetben diagnostikus jelentőségű. A további fejezetekben a vizeletrékedésről szól nagy részletességgel s sorban veszi a gyuladást, a congestio s az innervatio zavarain alapuló, továbbá a szövetelváltozások miatt beálló retentiót, mint a hogy azt stricturásoknál, prostatikusoknál, sértéseknél s mechanikus akadályoknál észlelhetjük. Műve I. részét végre az incontinentia tárgyalásával zárja.

Ad II. A II-dik fejezetben Guyon a vizeletvizsgálatról szól oly értelemben, mint a hogy arra a betegágnál szükségünk van. A gyakorló orvosra megbecsülhetetlen a fejezet, mert a klinikai tünetek egybevetésével a betegségek felismerésére vezet. Guyon a húgyvizsgálatnál kiterjeszkedik annak minden irányára s lehetőleg sok practikus dolgot említ fel.

A fordítók jó, könnyen érthető, folyékony nyelvezettel ültették át a kitünő francia munkát a németbe. *Novotny dr.*

II. Lapszemle.

A csecsemők sebáinak kezelését illetőleg *Hochsinger* figyelemztet azon visszaélésekre, melyeket nem orvosok, hanem oly egyének, kik csecsemőknek ápolásánál, részint bizonyos orvosi, részint hygienikus manipulációkat végezvén, egyes antiseptikákkal elkövetnek. (Így bábák, ápolónők, ritualis metszők stb.) Nevezetesen a carbol és jodoform azok, melyek hosszabb külső applicatio mellett képesek csecsemőknél toxikus hatást kifejteni. A carbolsav-oldatok külső használatát követő intoxicatiók nagy része ugyan általánosan nem ismeretes, mert legnagyobbik részük nem halálosan végződik, de úgy szerző, mint mások is (Bogdanik, Meltzer, Broms) közölnek oly eseteket, hol a circumcisiós sebet carbol-oldattal kezelve, a csecsemő a heveny carbolmérgezés tünetei között rövid idő alatt elpusztult.

A jodoformmal csak legújabb idő óta történik abusus az újszülöttek köldökének és circumcisiós sebének ápolásánál. E szer részint a bőrt izgatva a sebből kiinduló dermatitist, esetleg eozemát okoz, részint a lehasadó jód a véráramba jutva súlyos mérgezési tüneteket idéz elő. Szerző többek között egy esetet közöl, hol a csecsemő köldökcsontját jodoformgazeba pólyázva, az rövid idő alatt gangraenescált, a hasbőrön intensív dermatitis lépett fel, mely folyamathoz egy halálosan végződő phlebitis umbilicalis társult. A gangraena oka az volt, hogy a jodoformgaze alatt a köldökcsont rendes kiszáradása, s így mumificatioja nem

következhett be. Szerző ezen tapasztalatai alapján azt ajánlja, hogy a csecsemők sebáinak kezelésénél csak asepticus járjunk el. (Der Kinderarzt, 1896.)

Frank dr.

A Soxhlet-féle tejsterilizáló készülékről írt *Hochsinger* egy hosszabb értekezést. A Soxhlet-féle készülék az általánosan használt szopóüvegekkel szemben azon fontos előnnyel bír, hogy a készülék palackjai a bennük foglalt ismert mennyiségű és sterilizált tejjel mint szopóüvegek is szerepelnek, mi által elérhető az, hogy a csecsemők mesterséges táplálására használt tej mindenkor abszolút csirmentes legyen. A tej sterilizálásának ezen módja az ápoló személyzetre nézve is a legegyszerűbb.

Hochsinger a Gärtner-féle zsírtejet is használat előtt a Soxhlet-féle palackokban szétosztva sterilizálja, mert egyrészt, noha a Gärtner-féle tej már sterilizált állapotban kerül a kereskedésbe, mégsem zárható ki, hogy az eredeti palackokból a szopóüvegekbe való átöntésnél a tejbe bacteriumok ne jussanak, másrészt a szopóüvegek csirmentessége mindig kérdéses. A csecsemőknek ily sterilizált Gärtner-féle tejjel való mesterséges táplálásánál *Hochsinger* igen szép eredményeket mutat fel.

Szerző az eredeti Soxhlet-féle eljárást több módosítással használja. Így egy czélszerű módosítás abban áll, hogy a tejjel telt palackokat nem forró vízben, hanem áramló gőzökben sterilizálják. (Escherich, Schmidt-Mühlheim). Ezt úgy érik el, hogy a Soxhlet-féle fazékba 8 liter víz helyett csak 2 litert tesznek, a palackállványt magasabbra helyezik és a fazék tetejét erősen lezárják. Eltekintve attól, hogy az áramló gőzök sterilizáló képessége nagyobb a forró víznél, e módosítás előnye az is, hogy az eljárás így jóval rövidebb, a palackok nem törnek el és kemény víznél a palackra nem rakódik mészréteg.

A palackok eldugaszolására szerző tapasztalatai alapján egy igen practikus újítást, a szabadalmazott bécsi dugót (Wiener Patent-Stöpselverschluss) ajánlja, mely ügyes egyesítést képezi az eredeti Soxhlet-féle gummidugónak a Bandekov-féle pneumatikus ventildugóval. A 2 cm. magas és 1 cm. széles gummidugó, felül 1 cm. magas olivszerű nyulvánnyal bír, melyben a dugó központi csatornája vakon végződik ugyan, de oldalt két 2 mm. hosszú, hajszálvékony hasadékszerű ventil útján közlekedik a körlevegővel. A tej főzésénél a levegő a palackokból e hasadékon át távozik, mi által egyrészt a dugók kiugrása, másrészt a palackok törése megakadályoztatik. Ha már most főzés után a fazék tetejét leveszszük, a külső nagyobb légnyomás folytán a ventilek légmentesen zárulnak és így csírok a tejbe nem juthatnak. Egy harmadik czélszerű módosítás a szerző által construált asbest palack-melegtartó, melybe a szopás előtt 35°-ra melegített tejjel telt Soxhlet-féle palackot helyezi és melynek czélja a szopás egész ideje alatt a tejet — az anyatejhez hasonlóan — állandó hőfokon tartani. Végül az általánosan használt, a szopóüveg nyakára húzható gummi-szopósapkák helyett *Hochsinger* a Fürst-féle módosított szopósapkát ajánlja. A közönséges gummi-szopósákkal való szopásnál ugyanis a csecsemőnek a szopással gyakran fel kell hagynia, mert kiszopván a palackból a levegőt is, a légnyomás a palackban csökken, úgy hogy a tej a palackból nem ürül és csak, ha a csecsemő a sapkát elereszti, tódul be a körlevegő — mely nem mindig tiszta — a palackba a szopólyukakon át. E kettős hátrány kikerülhető a Fürst-féle gummi-szopósákkal. Itt a szopósapka oldalán egy kerek nyílás van, melybe egy 12 cm. hosszú üvegső helyezhető. Az üvegső végén levő kis nyíláson át a szopás alatt állandóan levegő jut a palackba. Hogy ezen levegő csirmentes legyen, az üvegsőbe szopás előtt egy kis wattadugaszt helyez. (Wiener medicinische Presse, 1896.)

Frank dr.

Apró jegyzetek az orvogyakorlatra.

1. Bright-kóros betegeknek ital gyanánt *Semmola* tanár a következőt ajánlotta, vagy tisztán, vagy tejjel keverve: Rp. Natrii jodati 1.0; Natrii phosphor. 2.0; Natrii chlorati 6.0; Aqu. font. 1000.0. (Practitioner, 1897. márczius.)

2. Psoriasis ellen *Richter* a következő kenőcsöt ajánlja: Rp. Ichthyoli, Acidi salicylici, Acidi pyrogallici aa 3.0; Ol. olivarum, Lanolini aa 10.0. (Sem. méd. 1897. 10. sz.)

TÁR CZA.

A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus.

(London, 1896. augusztus 4–8-dikáig.)

(Folytatás.)

Még *Hutchinson* megnyitó beszédét akarom ide iktatni. Az angol dermatologia ősz mesterének gondolatai, tudása, nézőpontjai annyira kiválóak, hogy nagyon érdemes szellemének e szépen kidolgozott munkájával megismerkedni, mert nemcsak, hogy képét nyújtják a dermatologia mai állásának, annak a haladó útnak, melyet ez a tudomány újabban egynéhány évtized alatt megtett, de eredeti ítélettel még irányt is tudnak mutatni a jövőben való munkálkodásra.

Hutchinson megnyitó beszéde.

Korunknak feljegyzésre érdemes vonása, hogy egy olyan congressus, mint a jelenlegi, összegyűlhetett, mert még vannak közülünk egynéhányan, kik emlékeznek arra az időre, mikor Európa dermatologusait újjainkon számlálhattuk. Nagy fővárosaink mindegyikében egy vagy kettő volt és most körünk munkásságának és elevenségének köszönhetjük, hogy százával számlálhatjuk kollégáinkat. A mi azonban ennél fontosabb, az azon körülmény, hogy az összes orvosok érdeklődnek a dermatologia iránt s hogy a míg ezelőtt, mint az utolsó specialitások egyikére, tekintettek rá: mai nap az orvostudományok egyik legfontosabb ágaként becsülik. Ha azt kérdezi valaki, hogy miként történhetett ez a gyors fejlődés, a felelet: a nyomtatás és az utazás olcsósága révén. Könnyen közlekedhetünk mai nap egymással s kölcsönösen hasznosulhatunk egymás szellemi munkájából. Hat órai út a londoni dermatologust Párisba viszi, a dermatologia bölcsőjébe a Hospital St. Louisba, hogy meghallgathassa annak tanárait, láthassa kórházuk világát és csodálhassa muzeumuknak a maga nemében egyetlen moulage gyűjteményét. *Hebra*, *Kaposi*, *Neumann* és *Auspitz* képes és nyomtatott munkái révén bárhol a világon oly jártasságot nyerhetünk a bécsi iskola tanaiban, mint akár Ausztriában magában. Nem mondom többet, pedig megemlíthetném még Európa többi részeit, az Atlanti-óceán tulsó partját s még más helyeket is, a melyekkel a kölcsönhatást a modern közlekedés teszi lehetővé. Ezen haladásnak a jelen congressus képezi utolsó és nem legesekélyebb jelentőségű eredményét, a mely jóslásra egész bátran vállalkozom. Azonban ezen mostani szervezkedésünk csak időszakos s ez alkalommal végét éri; de biztosan tudom, hogy phönix gyanánt meg fog újulni élete. A dermatologia küldetése még nincs befejezve, sőt tovább megyek, még csak meg van kezdve. A zászlót vivő karokat mások váltják fel, de azok között, a kik elő felé viszik, vannak itt soraink között is sokan, kik nem fogják elfelejteni a mult tradícióit s a kik a lobogót magasra fogják emelni, növekedő dicsőséggel, ügyességgel és lelkesedéssel. Mai beszédemnek fő tárgyát a dermatologia viszonya az általános orvosi tudományokhoz képezi és erre kívánok most rá térni.

Mire tanít a dermatologia a tuberculosis kórtanát illetőleg?

A tuberculosisról és a rákról szóló fejezetekben találhatjuk meg legjobb példáit annak, hogy mikép válhatik a köztakaró betegségeiről szóló tudomány hasznossá az általános kórtan számára. Koch felfedezése, a tuberculosis bacillusa nagyon emelte tudásunkat azon betegségekről, a melyeket ezelőtt scrophulotikusoknak jeleztek. Ezen bacillusnak ismételt kimutatása a lupus vulgarisban és lupus necrogenikusban és más scrophulotikus félékben azon tétel felállítására jogosít bennünket, hogy ezen betegségek lényegükre nézve a gümös folyamatnak modificatióit képezik. Azonban, midőn köszönettel vállalkoj el a bakteriologusnak segítségét, nem szabad elfelednünk, hogy következtetései-nek ellenőrzésére állandóan fel kell használnunk a klinikus megfigyelést. Még inkább meg kell ezt tennünk, ha következtetései negatívak; ha valahol nem sikerül felfedezni a mikrobát, úgy azt ne tekintsük jelen nem léte bizonyítékául, annál kevésbé szabad ezen negatív bizonyítékot arra felhasználni, hogy két kóralakot teljesen széjjelválaszszunk, a melyek klinice nyilvánvalóan hasonlóknak mutatkoznak. Úgy itt, mint másutt a histologusnak és klinikusnak vállvetve kell működnie és mindegyik igyekezzék segíteni a másikon. Fogadjuk tehát el mint tényt, hogy a lupusnak

azon alakjai, melyeket épen elsoroltunk, valósággal tuberculotikus megbetegedéseket képeznek és lássuk, hogy miféle következtetéseket lehet levonni ezen alakok megfigyeléséből a folyamatok általános törvényeit illetőleg.

I. A „lupus vulgaris solitarius“ mindennapi bizonyítékot szolgáltat arra nézve, hogy a gümös processus sok éven, sőt mi több az egész életen keresztül, valamely testrésze szorítkozhatik, s hogy nem bir fertőző képességgel, körülírt helyi elterjedésétől eltekintve. Nagy számúak azon esetek, a melyekben a jó egészségen levő betegek lupus plaque-okat 20 évig is elhordoztak, a mely plaque-ok lassan terjeszkedtek, de a melyek soha újabb góczokat nem okoztak, sem pedig másféle tuberculotikus tünetre alkalmat nem adtak. Nyilvánvaló tehát, hogy a tuberculosis bacillusoknak fertőző ereje bizonyos feltételek alatt nagyon meg van szorítva.

II. A „lupus vulgaris multiplex“ eseteiből pedig azt tanuljuk, hogy ha számos gócz van jelen, úgy mindegyik az imént említett szabálynak engedelmeskedik és egy sem képes távolabb eső helyeket fertőzni. Tehát ezen esetekből azon fontos tényre következtethetünk, hogy a képesség távolabbi helyeket fertőzni, jelen volt az első stadiumban, mert ezen képesség tette annak idején lehetővé, hogy a bőr mindenütt lupus góczokkal legyen tele hintve. Azonban ezen fertőző erő csak rövid időre marad meg és 6 hónap vagy esztendő múlva valamennyi gócz aránylagos nyugalomba süllyed és új góczok képződhetésének minden veszedelme megszűnik.

III. A harmadik főtörvény, a melyre a lupus vulgaris kórtana tanít, abban áll, hogy a gümös folyamat, a mely valamely szövetben megkezdődött, legtöbbször megmarad abban a szövetben és csekély a hajlandósága más szöveteket is fertőzni. Valószínűnek látszott, hogy a tuberculosis bacillusa mint szabad parazita, ha egyszer valamely szervezetbe befészkelte magát, egyik részből a másikba vándorol és otthonát lelheti különböző szövetekben. Ebből azt lehetne következtetni, hogy vizsgáljuk meg újra, vajjon helyesen cselekszünk-e, a mikor valamely lupus góczot kiirtunk, mert megtörténhetik, hogy ez alkalommal a bacillus a tüdőbe vagy a csontokba vándorol. Azonban valósággal sohasem tartunk ettől, mert ámbátor elismerjük, hogy a lupus vulgaris scrophulotikus természetű, mégis a tapasztalat tanítása szerint igen valószínűtlennek kell tartanunk, hogy egy olyan egyén, kinek lupus vulgarisa van, más scrophulotikus megbetegedést kapjon, úgyszintén sohasem leszen a lupus valamely más alakjának áldozatává. A lupus vulgaris (a coriumban székelő lupus) nem nemz lupus erythematosust (az edény körülötte lupus), sem pedig lupus sebaceust (a faggyúmirigyek lupusa), ezen különböző formák közül mindenik hűségesen megmarad abban a szövetben, a melyben megszületett és mindenkor megtartja saját változati típusát. Lehet-e, megdölgölv e tényeket, más következtetésre jutnunk, mint arra, hogy valami belső viszonyféléle keletkezik a bacillus meg a szövet között, a melyben ez szaporodik, s hogy az eredmények, a klinice észlelhető elváltozások, a melyeknek szentaniúi vagyunk, csak részben okoztatnak az élődsi által, hogy nagyobb részben azonban a módosult sejtnövekedésnek köszönik létrejöttüket. Lehetséges, hogy valamikor bebizonyíthatjuk, hogy van bizonyos rokonság két olyan folyamat között, a milyen a lupus és a carcinoma, a melyek közül az előbbi alapján véve, bár nem teljességében, élődsi által előidéztet megbetegedés, a második pedig főleg a sejtermelés kóros elfajulásán alapszik, azonban az élődsiek működése szövetkezhetik ezzel.

IV. A lupus adja a bakteriumok rejtve megmaradása (latens volta) lehetőségének legjobb bizonyítékát. Nem épen ritka az olyan beteg, a ki egy lupus góczot viselt magán egész életén, a mely alig nőtt valamikor és ámbátor ifjúságában megfelelő kezeléssel minden helyi tünetet megszüntettek és ezek egy hosszú életen keresztül hiányoztak is, mégis megtörténhetik, hogy a mikorra a beteg megöregszik, újra tünetek jelentkeznek, még pedig pontosan azon a helyen, a mely ifjú korában volt megtámadva. Épen újabban láttam erre vonatkozó két példát, a melyek egyikében a teljes tünethiány (orrlupus) 30 évig tartott és még is az akkori kiújulás végleges és súlyos volt. Lehet-e az ilyen példát másként

magyarázni, mint úgy, hogy fel kell vennünk, hogy a fertőzött sejtek az egész életen át nyugalmi állapotban voltak, de megtartották növekedésre való teljes képességüket. Hozzá tehetem, hogy teljesen hasonló eseteket észleltek másnemű megbetegedések-nél is. Bizonyos, hogy ezek a tények, a melyek a fertőző anyagnak teljes nyugalomban töltött, de nem esőkkent erejű hosszú életét bizonyítják, igen nagy fontossággal bírnak a kórtant illetőleg és sehol sem nyilvánulnak e tények jobban, mint a bőr megbetegedéseiben.

Az eddigelé előadottakban vázolt fölvekről feltehetem, hogy általánosan elfogadtatnak. Arra nézve azonban, melyet most mondandó vagyok, szíves elnézésüket kell kikérnem, ha a beszédem határain belül nem adhatom meg mindenütt a bizonyításokat, a melyek egyikük vagy másikuk előtt szükségesnek látszanak. A legközelebbi kórtani tétel, a melyet a lupus megfigyeléséből levonhatunk, arra tanít, hogy ugyanazon parasita igen különböző helyi elváltozásokat hozhat létre. Bizonyos általános hasonlóság az előfordulás feltételeit illetőleg, valamint a lefolyásra nézve vezet bennünket, a mikor feltételezzük, hogy a jelenségek lényegükben azonos természetűek, mert megvallom, hogy azok számára, a kik demonstratív bizonyítékokat követelnek, nem igen sokat tudok mutatni. Ha lupus vulgaris alatt élőski által okozott dermatitist értünk, a mely némely esetben távolabbra is képes fertőzni, a míg korai stadiuma tart és helyileg pedig igen hosszú időn át képes fertőzni valamennyi esetben, úgy ez a kórkép felel meg annak, mit ezen szóval *lupus* összekötünk. Azonban nem foglalja magába ezen meghatározás mind azokat a formákat, a melyeket lupus szóval jelölünk, mert tényleg egy nagy családdal van dolgunk, a melynek rokonsága közös eredetén alapszik. Ezen közös ősz vagy a tuberculosis bacillusa, vagy legalább igen közeli rokonságban áll ezzel. Tudásunk mai nap nem haladt annyira, hogy a dologban végleg megállapodásra juthatnánk. Én nem neveznék semmiféle kóralakot lupusnak, ha nem gondolnám, hogy valami módon a tuberculosissal rokonságban van. De ugyanakkor nagy súlyt fektetnék arra is, hogy a folyamat, melyet e néven nevezek, idült és tartós helyi fertőző képességgel bírjon, mert ezt a képességet magában véve mint valamit a tuberculosishoz tartozót fogom fel. Jelenleg a klinikai nyilvánvalóság, mely a lupus erythematosust a lupus vulgarissal egy családba sorolja, ránk nézve fontosabb, mint az a tény, hogy a gócsóval a bacillust nem lehet megtalálni és én azt hiszem, hogy a lupus erythematosus közelebbi rokonságban áll a tuberculosissal, mint a lupus vulgaris, még ha nem tekintjük is, hogy a két lupus alak között sok az összekötő láncszem. Tudjuk, hogy vannak esetek, a melyekben nem lehet megmondani, vajjon lupus vulgarissal vagy erythematosussal van-e dolgunk? A kóralak, melyet a régi lupus sebaceus néven ismerünk, mintegy összekötő kapocs gyanánt áll a két baj között. Rendszerint az erythematosussal kapcsolatosan jelentkezik, azonban gyakran különálló és helyileg megmaradó elváltozást képez a lupus vulgaris módja szerint. Úgy látszik, hogy a különbségek nem az elsődleges kórokozó különböző voltától függnék, hanem attól, hogy az elsődlegesen megtámadott bőrrészletnek milyen a finomabb szerkezete. A lupus erythematosusban az infectiv időszak hosszabb és vehemensebb, mint a lupus vulgarisban s így multiplicitas és symmetria is gyakoribb. Néha sok esztendőn át új tünetek jelentkeznek, bár ez a hajlam nem tart végtelen időnkig. Minden esetben a processus véget ér és egy többé-kevésbé tökéletes önkéntes nyugalom vagy épen gyógyulás lesz a végső eredmény.

Nem kellene-e némileg inkább attól tartanunk, hogy kelleténél nagyobb praecisításra törekszünk diagnosisink alkalmával. Nem szabunk-e néha önmagunknak (nehéz) lehetetlen feladatokat és nem kívánunk-e megkülönböztetéseket megállapítani olyan dolgok között, a melyek valósággal el nem különíthetők? A diagnosis a lényegen alapuljon és ne a külső megjelenésen és vajjon nem történik-e meg gyakran, hogy különböző módon nevezünk meg tünetcsoportokat, a melyeket csak külszínükről ismerünk? Hasonlítunk a gyermekekhez, kik a színházban csak a színpadot látják és elfelejtik, hogy a színészek betanulták szerepüket s nem gondolnak arra, hogy a hős, az intrikus és az áldozat a színpadon kívül talán ugyanazon család tagjai. Sok dolgot jobban megértenénk, ha kevésbé elégednénk meg azzal, a mi látható és inkább törekednénk a színpadok mögé tekinteni, vagy hogy inkább

tudományos nyelven fejezzem ki magamat, azt mondom, hogy nagyon szenvedélyesek vagyunk az elkülönítésben és hanyagok a combinatióban meg a rokonságok keresésében.

A lupus erythematosus azonban nem az egyedüli bőrbántalom, a melyet a lupus vulgarissal kívánunk társítani, minthogy fertőző képességekkel bír, a melyek valami módon a tuberculosis bacillusan alapulnak. Épen most említettem a lupus sebaceust, mint a régi szerzők nevezik és szót mernék emelni a fertőző lymph-angioma mellett is, a mely valósággal lupus lymphatikust képez, továbbá még egész csoportjáért a kivételes és kevert formáknak, a melyek eddigelé még pontos elnevezést nem kaptak. Ezek közül némelyek acne lupus, eczema lupus és naevus lupus nevet érdemelnének. Ez utóbbira vonatkozólag megjegyzem, hogy a veleszületett angioma törvényszerűleg nem mutatnak fertőző képességeket, azonban egy vagy más esetben ezek mégis mutatkoznak s a terjedés sok éven át tarthat, mi közben részben gyógyul is és hegeket hagy hátra, épen úgy, mint a lupus vulgaris. Lehet-e valószínűbb magyarázatot találni ezen kivételes esetek számára, mint azt, hogy ezek naevusok, a melyeket a tuberculosis bacillusa fertőzött. Mert ha nem így volna, honnan származnék serpiginosus és cicatrizáló hajlandóságuk. A feljegyzésre legérdemesebb ilyen esetek egyikében a megtámadott gyermek agyburok tuberculosisban halt meg. Ha késői syphilisnek olyan alakjait látjuk, a melyek a lupus formákat annyira utánozzák, hogy még a legjáratosabb megfigyelőt is tévedésbe ejthetik: valószínűséggel fel kell tételeznünk, hogy ezek az esetek olyanok, a melyekben a tuberculosis bacillusa sajátos képet kölcsönöz egy eredetileg syphilitikus dermatitisnek. Tehát társult betegségekkel van itt dolgunk és ez a kifejezés lupus syphiliticus nagyon megfelelő.

Talán azt hihetnék, hogy nagyon is messze távozom a tényektől, ha azt akarom elhíttetni, hogy a tuberculosis bacillusnak egy vagy más alakban való jelenléte képezi okát a legtöbb chronikus és serpiginosus bőrgyulladás fertőző sajátosságainak. Az idő nem engedi meg minden erre vonatkozó okaimnak kifejtését, azonban bátorodom feljegyezni, hogy tulajdonképpen ezen majdnem mindenütt jelenlevő mikrobák tulajdonságairól és lehető metamorphosisairól szóló tudásunknak még csak küszöbén vagyunk. A tények, a melyek rejtve megmaradását bizonyítják, valószínűséggé emelik azt, hogy sok egyénben lehet jelen, a kiken semmi nem árulja el létezését. Jogosan gondolhatjuk, hogy különös alakban a szülőről a gyermekre öröklődhetik és meglehet, hogy némely esetben békében marad bizonytalan időközön át, a míg az általános egészség megingása vagy valamely helyi trauma jó alkalmat nem nyújt neki kimutatni erejét. Proteus ez, a mely látszólag mindig más alakban mutatkozik, a mely azonban valósággal mindig ugyanaz.

Vannak természetesen a tuberculosisnak más alakjai is, a melyeket azonban nem lehet a lupus familiába számítani, minthogy csak másodlagosan támadják meg a köztakarót. Ilyenek pl. az alávált széli fekélyek, a melyeket tuberculotikus nyirokmirigyek vagy a bőr alatti kötőszövet tuberculumaival összeköttetésben látunk jelentkezni. Az a kóralak, a melyet Basin erythema induratum scrophulosorum név alatt írt le, kitűnő példa erre nézve. Legesekélyebb kétség sem foroghat fenn arra nézve, hogy ennek tuberculosis természete van, de mind a mellett, minthogy a folyamat a bőr alatt és nem a bőrben kezdődik, legkevésbé sem hasonlít valamelyik lupus alakhoz. Úgyszintén sohasem láttam a Basin-féle betegséget, a mely az alsó végtagokon fordul elő, valamely más tájék lupusával társulni. Így ez a kór egy másik példáját nyújtja annak a törvénynek, hogy a parasita megmarad abban a szövetben, a melyet először megtámadott és hogy a szomszédos szövetek csupán csak közönséges lobosodást mutatnak.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1896-ban. A székes főváros közegészségi állapota 1896-ban, tekintettel az általános halálozási, valamint a születési adatokra, a mennyiben a születési esetek a halálozásiakat 7570-nel felülmúlják, általában kedvezőnek mondható annál is inkább, mert figyelmen kívül nem hagyható azon körülmény sem, hogy a múlt évben úgy az ezredéves ünnepélyek, valamint a kiállítás alkalmából nemcsak az ország minden részéből, de külföldről

is idegenek rendkívül nagy számban a székes főváros területére özönltek. A hevenyrágályos kórok is évek óta megszokott számban fordulván elő, aggodalomra egyáltalán okot nem szolgáltatottak. A súlyosabb természetű hevenyrágályos kórok kisebb-nagyobb ingadozást mutatnak, de csak szórványosan fordultak elő, járványra fajulásuk megállítása szempontjából a szükséges és előírt óvintézkedések megtételével. Emelekedett a hagymáz 214 esettel; ezen emelkedés főleg az év utolsó harmadára szorítkozik; lefolyásuk elég enyhének mondható. Emelkedett továbbá a vörheny is 290 betegedési esettel, azonban apadt a diphtheritis és croup 277 esettel. Csekély csökkenést észlelünk továbbá a himlő s némi emelkedést a gyermekági láz körül. Kanyaró esetek ez évben is tekintélyes mennyiségben fordultak elő: 4280. Tájékoztatók, minők: váltóláz, bujakór és trachoma a ker. előjáróságoknak havonta a tisztí főorvosi hivatalhoz tett jelentések szerint állandóan előfordultak. A diphtheritis és croup, főleg betegedés tekintetében apadást mutat. Beteg lett 1896-ban 1047 egyén s elhalt 213. Ezen adatok szerint tehát halálozási percentuatio 46-el növekedett ezen évben. Ezen rosszabbodás azonban részben indokolható azzal, hogy a lefolyt évben viszonylagosan több volt a tisztán croup laryngis, mint a diphtheriás croup esetek száma; különösképpen pedig abból magyarázható, hogy a lefolyt évben az elhalt 89 beteg közül kórházban tartózkodás első napján már 34 elhalt, mely szám az összes 354 betegedési esetnek 9-6%-át teszi ki, míg 1895-ben a kórházban tartózkodás első napján az összes esetek 5-9%-a halt el. A himlőoltás és újraoltás a székes főváros területén a lefolyt évben elég kedvező eredménnyel hajtatott végre. Beoltatott és újraoltatott összesen 23,866 egyén a székes főváros tulajdonát képező nyírk termelő intézet anyagával. Sikertelen oltás volt 3078, ennek legnagyobb részét 2630 esetben az újraoltások sikertelensége képezi. A gyermekek ápolása s nevezetesen a 7 évnél fiatalabb gyermekek orvosi kezelése általában kielégítőnek jelezhető. Mulasztás történt 113 esetben, az illető gyermekeket orvosi segélyben nem részesítő hanyag szülők ellen mindannyiszor megindítottak a vizsgálat, melynek eredménye 94 esetben volt marasztaló s 19 esetben felmentő. Utóbbi esetekben a gyógykezelés elmulasztásának oka a szülők szegénységében rejtett. Egész nap ugyanis kényérkereset után lévén kénytelenek nézni, kikerülte figyelmüket gyermeküknek beteg volta. Az ételmi és élvezeti szerek, italok, valamint az egészségre veszélyessé válható egyéb tárgyak, továbbá lakások, iskolák s végül közhelyiségekre nézve előírt egészségügyi vizsgálatok a lefolyt évben is eszközöltettek ugyan, azonban korántsem azon mértékben, a mint az a törvény, fennálló szabályrendelet szerint a közszolgálat érdekeinek teljes mérvű kielégítése czimén általában kívánatos. A jelenleg alkalmazott tisztí orvosok száma nincsen arányban sokoldalú teendőik nagy kiterjedtségével, minek egyenes következménye az, hogy minden irányban lelkiismeretes tevékenységet kifejtetni nem képesek. A közel jövőben várható tisztí orvosi személyszaporítás életbe léptetése lesz hivatva a mostani majdnem tűrhetetlennek jelezhető állapotot megszüntetni. Gyógyszertárak száma szaporodott a lefolyt évben 1 személyjogi gyógytárral. Apadt a szülésznek száma 325-tel, az orvosoké pedig 99-czel szaporodott. Mint a közegészségügy hasznára válható intézkedések egyike emelhető ki polgármester úrnak előterjesztésem folytán kiadott azon rendelete, mely szerint a diphtheria gyógyítása körül elért azon újabb vívmány, mely hivatva van bacteriologiaiilag a szájról valódekéből és lepedékéből néhány óra lefolyása alatt megállapítani a diphtheria fenforgását s ekként biztosítani a serumgyógymód sikeres eredményét, lehető módon terjesztések s megkedvel-tessék. A bacteriologiai intézet n. i. Loeffler-féle vertyapanyagot, ojtó-rudat és használati utasítást tartalmazó csomagokat helyez el a fővárosi gyógyszerárakban, melyek jutányos ár mellett (80 kr.) rendelkezésre állanak az orvosoknak; az utasítás szerint beohtandó anyag az újra lezárandó csomagba helyezendő s kiküldendő a bacteriologiai intézetbe, honnan lehetőség szerint 10—15 óra múlva a vizsgálat eredménye közölve lesz. A közlelémezés javítását célzó intézkedés gyanánt behoza-tott a közvágóhidon a lefolyt évben az eladásra szánt állati zsigeret le-bélyegzése, illetve, miután ezekről a bélyegzés anyaga gyorsan eltűnik, azok bevágása, annak jelzéséül, hogy megvizsgáltatott és élvezetre boesáttatott. Felemlíthető továbbá mint a közegészségügyi ügyet nagy-mértékben befolyásoló munka a székes főváros különböző városrészei-ben és utcáiban létrejött 8954 folyóméter csatornázás. Új kórház ez évben meg nem nyílt; azonban folyamatban volt az ó-budai és a kút-völgyi újkórház építése, melyek a közhasználatnak már ez évben át adhatók lesznek. Az összes idegen törvényhatóságoknál 1895. év végeig kint levő betegápolási díj hátralék kitesz 1,257,347 frt és 13½ krt. A használatok egészségi állapota a székes főváros területén a lefolyt évben általában kedvezőnek mondható, mert habár a ragályos kórok a főváros ke-rületeiben szórványosan előfordultak is, járványt nem idéztek elő. Schermann Adolf dr. tisztí főorvosi helyettes.

Az országos balneologiai egyesület évi közgyűlését folyó évi május hó 2-dikán d. e. 10 órakor a budapesti kir. orvosegyesület házá-ban (VIII. ker., Szentkirályi-utca 21. sz.) fogja tartani. Tárgyak: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtítár jelentése az egyesület működéséről. 3. A pénz-táros jelentése a pénztár kezeléséről. 4. A pénztár megvizsgálására ki-küldött számvizsgálók jelentése. 5. Indítványok. 6. A tisztikar választása. Ezen közgyűlésre a balneologiai egyesület összes rendes tagjai tisztelettel meghívattak.

Közvetlenül a közgyűlés előtt, 1/29 órakor reggel, az egyesület gazdasági osztálya tartja évi ülését a következő napirenddel: 1. A források védőterülete. 2. Az ásványvizek megadóztatása. (Masa István előterjesztései.) 3. A kereskedelemügyi minster rendelete a forrásokra vonatkozó statisztikai adatok tárgyában.

A közgyűlést a VII. magyar balneologiai congressus követi a kö-vetkező napirenddel:

1. ülés május hó 2-dikán, d. e. 11 órakor. 1. Elnöki megnyitó. 2. Vámosy Zoltán dr., egyetemi tanársegéd: Régi fürdőélet Magyar-országban. 3. Smialowsky Valér dr., országgyűlési képviselő: A fürdő-vállalatok pénzügyi alapjai. 4. Gáspár Gyula (Korond): A székes fürdők felvirágoztatásának módjairól.

2. ülés, május hó 3-dikán, d. e. 11 órakor. 1. Vas Bernát dr. és Gara Géza dr., a poliklinikai laboratorium vezetői: A massage befolyása az emésztésre. 2. Ormai József dr., fürdőorvos (Korynicza): Az ásvány-vizek hatásáról, kizárólagos tekintettel az ivógyógymódra. 3. Grünwald Mór dr., kir. tanácsos, fürdőorvos (Szliács): A vasas hévízvek hatásáról, különös tekintettel Szliácsra. 4. Sassy János dr. (Miskolc): Csíz jod- és bromforrásai.

3. ülés, május hó 3-dikán, d. u. 6 órakor. 1. Chyzer Kornél dr., minsteri tanácsos: A torjai bűdösről. 2. Weisz Ede dr., fürdőorvos (Püstyén): Az arthritid deformans kérdéséhez. 3. Hankó Vilmos dr., tanár: A magyar fürdők és ásványvizek haladása az utolsó 10 évtized alatt (az előkelőbb fürdőknek és ásványvíztelepeknek vetített képekkel való bemutatásával). 4. Boleman István dr., kir. tanácsos, fürdőorvos (Vihnye): A magyarországi fürdők látogatottsága 1896-ban (hivatalos adatok alapján).

Az orvosi kamara-tervezet sorsa. A zemplénmegyei orvosi- és gyógyszerész egyesület közgyűlése Schön Vilmos dr. kórházi főorvos indítványára elhatározta, hogy fölír a belügyministerhez az orvosi kamarák ellen. — Hódmező-Vásárhely orvosai egyhangúlag az orvosi kamarák ellen nyilatkoztak. — A debreczeni orvos- és gyógyszerész egye-egyesület kimondotta, hogy a közegészségügy és az orvosi kar érdekei okvetlenül megkívánják a kamarai rendszer életbeléptetését. — A somogyi megyei orvosok Szaplanczay Manó dr. főorvos elnöklésével tartott értekezletükön az orvosi kamarák ellen foglaltak állást és pártolják az önkéntes belépés alapján tervezett országos orvosi szövetség eszméjét.

Vegyesek.

Budapest, 1897. április 15-dikén. A fővárosi statisztikai hivatal-nak 1897. márczius 28-tól 1897. április 3-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 470 gyermek, elhalt 313 személy, a születések tehát 157 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 3, ronesoló toroklobb 1, hökhurut 2, kanyaró 6, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekági láz —, influenza 4, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlobb 22, agyvérömleny 4, rángások 10, szervi szívhaj 11, tüdő-, mellhártya- s hörglobb és hörgühurut 67, tüdőgümő és sorvadás 60, bélhurut és béllobb 13, carcinomata et neoplasmata alia 19, méhrák 5, Bright-kór és veselob 12, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 7, aggkór 8, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi közkörházak-ban ápolatott e hét elején 2397 beteg, szaporodás 709, csökkenés 748, maradt e hét végén ápolás alatt 2358. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1897. április 2-től április 9-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 10 (meghalt 2), himlőben —, álhimlőben —, bárányhimlőben 30 (meghalt —), vörhenyben 25 (meghalt 2), kanyaróban 184 (meghalt 3), ronesoló toroklobban és torok-gyíkban 23 (meghalt 3), trachomában 19, vérhasban 1, hökhurutban 24 (meghalt —), orbáncban 14 (meghalt —), gyermekági lázban 1 (meghalt —).

— A kolozsvári „Karolina” országos kórházban, a mint azt Engel Gábor dr. kórházi igazgató kimutatásában olvassuk, az 1896. év folya-mán 2620 fekvő beteg nyert ápolást (1457 férfi és 1163 nő). Közülük meggyógyult 1483, javult 623, gyógyulatlanul távozott 211, meghalt 138, ápolás alatt maradt 165. A bejáró betegek száma 12,533 volt. A seborvosi osztályon 856, a szemészeti 172 műtétet végeztek. Az ápolási napok száma 68,271.

— A marosvásárhelyi országos kórházban Marosi Kálmán dr. kimutatása szerint 1896-ban 1956 beteg ápolatott (1364 férfi és 592 nő). Gyógyult 1339 (68-3%), javult 266 (13-6%), gyógyulatlanul távozott 116 (5-9%), meghalt 89 (4-5%), ápolás alatt maradt 146 (7-4%). A bel-gyógyászati osztályon 1381, a seborvosin 468, a szemészeti 89 és a szülészeti 18 beteget ápoltak. Az összes műtétek száma 305 volt; az ápolási napok összege 47,329.

— Somogyi megye egészségügyi viszonyairól az 1896. évben Szaplanczay Manó dr. főorvos állított össze jelentést. Ebből kitétnik, hogy az egészségi viszonyok a millenniumi évben kiválóan kedvezőek voltak Somogyi megye területén. A fertőző betegségek csak szórványosan jelentkeztek, egyéb betegségek pedig felette kis számban fordultak elő. A diphtheriás betegeknek a serumot elég jó sikerrel alkalmazták 226 esetben (23% halálozással).

† Elhunyt: Pollák Szigfrid dr. fővárosi gyakorló orvos hosszas szenvedés után e hó 15-dikén 34 éves korában.

— r. Darkan jodfürdő. Azon nagy átalakítások, melyek mult év-ben a fürdőnek Degré Vilmos dr. úr általi átvétele alkalmából meg-kezdődtek, az idei évad megnyitásáig befejezve lesznek s a nevezett jóhírű fürdőt egész új alakban fogják előtűntetni. Első sorban áll az újonnan felépült gyermekotthon, mely mult ősszel elkészülvén és a leg-újabb s legkényelmesebb igényeknek megfelelően berendezve f. é.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Újabb gyógyszerek a dermatologiai gyakorlatban.

Irta *Nélcám Lajos dr.*

Gyógyszereket kritikailag ismertetni igen hálátlan feladat, s kétszeresen ez a bőrgyógyászati gyakorlatban, a hol a szerv szeszélyessége, zavaró befolyások könnyű érvényesítése, az anyagok gyakran változó minősége a legnagyobb mértékben megnehezítik általános eredmények felállítását. A tárgy már a priori ellenszenves lehet a legtöbb esetben az olvasóra nézve is, oly sokat és oly sűrűn hívják fel figyelmét anyagokra, melyekről utólag kiderül, hogy nem érdemeltek meg a velük eltöltött időt s nem igazolták a hozzájuk fűződő reményeket. Ezt ugyan részben megmagyarázza az, hogy ritkán függ a hatás annyira az operáló ügyességétől, mint ezen a téren, hol némelyik gyakorlott therapeuta több eredményt ér el kevés olajjal vagy szappannal, mint mások a legcomplicáltabb és legmodernebb „*opotherapeutikus*”¹ vagy antitoxikus kezeléssel.

Pedig tény az, hogy jelenleg már nem vaktában halad a pharmacologia előre és a mai synthetikus irányú chemia képes arra, bizonyos kiválasztott gyökcsoporthoz képesti tetszés szerinti maradékokat a kívánt helyzetben párosítani s így már előre megválasztott sajátságú és hatású anyagokat konstruálni. Az ilyen szerek kipróbálásánál remélhetjük, hogy a sok között valóban jókat és hézagpótlókat is fogunk találni.

A jelen alkalommal néhány, az utóbbi években felmerült gyógyszerrel óhajtanék foglalkozni. A tapasztalásokat részben külföldi klinikákon gyűjtöttem, részben rendszeres kísérleteket végeztem a 2. sz. egyet. belklinikai bőrkórtani rendelésén s ezek eredményéből adom itt azt, a mit közérdekűnek gondolok. A mikor új eljárások (organotherapia, serotherapia, kataphoresis stb.) és új praeparatumok oly tömegben kerülnek felszínre, mint az utóbbi években, a nagy elfoglaltságú gyakorlati orvosnak minden esetre kívánatos lesz, hogy megkíméljék új szerek kipróbálásának veszélyességétől s mégis rámutassanak a sok között néhányra, melyeket gyakorlatában alkalom adtán megpróbálnia érdemes.

A vivő szerek nagy fontossága mellett örömdetes, hogy ezen a téren határozott haladás és mozgalom mutatkozott. Főleg négy irányban törekedtek az excipienseket tökéletesíteni:

1. *Beszáradó alapanyagokul* egyrészt indifferens pasták, pl. Rp. Zinci oxydati, Amyli aa. 25:0, Vaselini 50:0, vagy Rp. Zinci oxydati 60:0, Ol. oliv. 40:0, másrészt az Unna-féle ung. caseini² ajánlható, (mely utóbbinak lényeges részei 14% casein és 21% vaselin), melynek rendelése azonban kissé complicált, mert mindig szem előtt kell tartani, hogy az alkaliák, ichthyol stb. besűrítik, savak, resorcin, pyrogallol stb. felhigítják ezt az alapanyagot.

¹ Landouzy kifejezése organotherapia helyett; ὄπος = nedv.

² Az ung. caseinit, a guttapercha tapaszokat Beiersdorf, Hamburg készíti.

Az ilyen basisokkal készült kenőcsöket vastagon kell a bőrre felkenni és utána hintőporral beszórni. Csakhamar beszáradnak és egy jól tapadó, elastikus, igen szárító és hűsítő réteget képeznek. A legkülönbözőbb nedvező folyamatoknál, főleg eczemáknál és bőrloboknál nagyon ajánlható eljárás. Ha impetiginosus, genyedő felületekkel van dolgunk, 1—2% salicylsavat (Lassar) vagy még tannint is incorporálunk, erősen viszkető folyamatoknál pedig 3—5% pix liquid. miner. teendő hozzá.

Szintúgy előnyös, de gyakran kényelmetlen az orvosra nézve a gelatinák és enyvek használata, pl. Rp. Gelatinae 15—40:0, Glycerini 60:0, Aquae font. 50:0 typus szerint, melyek 25—30% zinkoxyddal keverve ugyan kitűnően tapadó elastikus réteggé alvadnak meg a bőrön, de pl. timsóval, higanyval, pyrogallussal, tanninnal stb. csak nagy bajjal rendelhetők együtt. Mindennemű viszkető bőrbajoknál, különösen prurigo, pruritus sen., urticaria, erythemák, dermat. herpet. eseteiben kitűnő hatású pl. az 1—3% mentholt, vagy 5—10% pix miner.-t tartalmazó ilyen gelatina, melyet melegen felkenve a megtisztított bőrre, watta pihével érintgetünk és meghagyunk száradni. A beteget ily módon tetőtől talpig be lehet burkolni s a jól készült, kellőleg tapadó enyv egy, sőt két hétig is változatlanul eltart, még ha a beteg napi foglalkozását el is látja.

2. Egy másik iránya a vivő szerek reformjának az *impermeabilitás*, a vízzel szemben való ellenállás elérésére való törekvés volt. A régi collodiumot, photoxylin, traumaticint stb. guttapercha lemezek, vízüveg burkolatok, cellulose oldatok váltották fel, melyek előnye könnyen belátható; a beléjük incorporált vagy rájuk kent anyagok energikusan hatnak, mert a vízhatlan fedő anyag alatt physiologikus maceratióba jut a hám, a testrészt e mellett tetszés szerint mosható: a réteg nem repedezik meg, tiszta, pár pillanat alatt megszilárdul, szóval expedicio szempontjából alig kívánni valót fenn.

Az ide tartozó szerek egy részénél vékony, vízhatlan lapokra pl. guttapercha lemezekre vagy cellulose papirosra van kenve a tapasz alakjában elkészített gyógyszer. Itt különösen a Beiersdorf, hamburgi cég guttapercha tapaszait említhetem meg, mint kifogástalanul készített, igen jól tapadó, lágy, egyenletes gyártmányokat, melyeket, úgy látszik, minálunk még nem használnak annyira, mint a hogy azt érdemes volna. A gyár mintegy 100 különböző összeállításban készíti e tapaszokat. A sok között különösen kiválik a carbol-higany tapasz, mely 1 m²-ben 100 gm. higanyt és körülbelül 40 gm. carbolt tartalmaz. Lupus erythem. discoidesnél, furunkulusoknál, lichen corneus stb. eseteiben mindig biztos és határozott módon hatott. Igen figyelemre méltók a salicyl tapaszok is, 50—250 gm. tartalommal 1 m²-re, melyek tylositas, hyperkeratosis, psoriasis stb. ellen bizonyultak hatásosoknak.

Nagyon jó pl. az angol cellulose papiros is, mely cellulose oldatba lévén mártva, minden, a gyakorlatban előforduló anyag iránt indifferens. Kár, hogy ezt a papirost, melyet a tavalyi londoni congressuson bemutattak, nálunk még nem lehet kapni: a bőr fellágyítására, a viszketés csökkentésére alig lehet ennél alkalmasabb és egyszerűbb protectiv réteget képzelni.

Hatásaikban hasonlóak a megszáradó oldatok, melyek impermeabilis réteget hagynak vissza. Ilyen pl. a Schiff-féle „filmogen”,¹ egy cellulose acetón-oldat, mely a legtöbb gyakorlati szert feloldva, másokat suspensióban tartva, igen kényelmes vehiculum. Mindenütt, a hol aseptikus maceratiót akarunk előidézni, előnnyel fordulhatunk e szerhez. Parasitaer folyamatoknál, így herpes tonsuransnál, pityriasis versic.-nál, seborrhoikus eczemáknál 1—5% salicyllal, kátránnyal, chrysarobinnal felette intensív desquamatiót indít meg. Előnnyel alkalmaztam pl. lupus eryth. fix egy esetében, 10% salicyllal; az inveterált psoriasis plaqueok szintén jól reagálnak, 10% pix liquid. filmogen kezelésre.

3. Más vivő szerek használat közben gyorsan *elpárolognak* s a ható anyagot igen egyenletes elosztásban, vékony rétegben, koncentráltan hagyják vissza. Viszkető és kevésbé nedvező kútegek souverén szere pl. a Sack-féle oldat: Rp. Pic. l. miner. 10'0; Benzoli 20'0; Acetoni 77'0; m. f. sol.; egy világos barna, híg, gyorsan párolgó folyadék, melylyel gazdagon bekenve a lobos, eczematizált, viszkető területet, igen gyors és prompt javulást hozhatunk létre a beteg subjectív és objectív viszonyaiban. Ez a formula oly czélszerű, hogy a magistralis szerek közé kellene azt felvenni. Eltekintve a pruritusok legkülönbözőbb alakjaitól, igen jól csillapítja e szer az eczemák lobos vérbőségét, a lichen rub.-rel, nevrodermiával, diabetszel kapcsolatos viszketéseket. Egyedüli hátránya, hogy a bőrre jutott kátrány piszkítja a ruhát, s hamar ledörzsöltetvén, csak rövid ideig hat. Ellenben indifferenciája oly nagy, hogy még csecsemőknek egész testét is be lehet vele kenni baj nélkül.

4. Különösen tetemes a haladás a *vízzel keverhető* és állandó emulsiókat adó kenőcs anyagok terén. Rendkívül becses szerek pl. a lanolin és a vele rokon készítmények (adeps lanae, alapurin, oesypus), melyek főrésztükben cholesterin és isocholesterin aetherekből állnak és alig avasodnak. Ezek vízzel csaknem minden arányban keverhetők (300%) s bár, ha még szappan jelenlétében sem adnak stabil emulsiót, valamennyien jól tapadó, kiválóan resorbeálható, igen jól keverhető s a legkülönbözőbb consistentiát nyújtani képes anyagok, ha 25—30% folyékony vagy szilárd paraffinnal kevertetjük őket, s így tehát pl. szétfolyó, crémszerű kenőcsök alapanyagául igen alkalmasak.

Nagy hirre vergődött a vasogen² is, melyről feltalálója, Klever, kölni gyáros azt állítja, hogy az oxydált és szabad oxygent tartalmazó vaselin, de a melyről Kottmeyer kimutatta, hogy csak egy keverék, mely 75% utáztott vaselinból és 25% ammoniakkal elszappanosított olajsavból áll. Az anyagot azóta szabadalomtörölés útján még egy másik cég is gyártja és viv reklamarczokat az eredeti gyárossal. Bennünket ebből csak az érdekelt, hogy a készítmény ára, mely azelőtt 500%-kal több volt a méltányosnál, már kezd csökkenni, s hogy az anyagkészítés módjáról a controllvizsgálat közben lehullott a lepel, úgy hogy ma bármely gyógyszerész könnyen megcsinálhatja azt, a miért eddig a gyárhoz kellett fordulni.

Kottmeyer szerint pl. a 20%-os kreosot vasogen, melynek kitérő hatását magam is láttam tuberculotikus folyamatoknál, s melyet tamponade alakjában több szerző ajánlatára jó eredménnyel kíséreltem meg az orrüregebe terjedő lupusnál, a következő összetétellel bir: Rp. Kreosoti 20'0; Ol. vaselini 60'0; Oleini venalis 20—25'0; Ammoniae gaziformis qu. s. ut fiat saponif.

A míg az eredeti kreosot-vasogen 100 gm.-jáért jelenleg még 6—8 frtot kell a budapesti gyógyszertárakban fizetni, addig az így kicsinyben elkészített ára alig fog 1 frtra menni.

Azért foglalkozom e részletekkel oly sokat, mert a vasogen határozott haladást jelent pharmacopoeánkban, s bármi

legyen is összetétele s bárki is feltalálója, tényleg oly anyag került vele a forgalomba, mely indifferens, a vízzel kitérően emulgeálható, nagyon jól felszívódik és a nehéz fémek kivételével úgyszólván minden anyag számára elsőrendű vehiculumot képez. Készítményei közül csak mellékesen említem a 25% menthol vasogent, mint jó antineuralgicumot. Egyszerű bedörzsölésekre mintegy fél óráig tartó hűs, csillapító érzést okoz a menthol párolgása, mely pl. hemicraniánál igen tüdítő hatását.

A 6%-os jodvasogen különböző infectiosus folyamatoknál, így tuberculotikus fekélyek, pustulosus folyamatok, impetigo, alszárfekélyek stb. ellen fejt ki energikus hatást. Igen érdekes tulajdonsága e szernek a gyors resorptio, melylyel a jodot a szervezetbe bocsátja. Dahmen, Leistikow, Mohnheim kimutatták, hogy a jod rapide felszívódik s 2 órával a bedörzsölés után már megjelenik a vizeletben és mintegy 22 óráig folytonosan kiválasztatik. Syphilisnél induratiók, exostosisok, neuralgiák, gummák, condylomák igen gyorsan meggyógyulnak, mint a hogy azt Leistikow kimutatta. Magam néhány tertiaer esetben különböző indurativ oedemákat, infiltratiókat kezeltem 5—10 gm. bemassálása által, s az eredmény kielégítő volt.

Az 1½ és 3%-os jodoform vasogent hosszabb ideig egy cyst. tub. esetben használtam, hol egy 35 éves férfi, ki egy év óta a legkülönbözőbb kezeléseken ment át és eleinte csak 27 km. 2%-os langyos bőrvizet bir befogadni, 2 hónap múlva már 150 gm. vizeletet tartott és a mictio frequentia ½ órától 2½, sőt 3 órára emelkedett. A therapia itt jodvasogennek lehetőleg meleg vizes emulsiójával (1:19) való mosásokban és naponként 3—5 km. tiszta jodoformvasogen befecskendésében állott. Ez utóbbi eleinte izgatta, jelenleg azonban már ½ óráig türi és tartja a tömény vasogent, ha pedig kivételesen érzékenyebb a hólyag, a mi a cystite douloureuse körsoportjánál minden felkutatható ok nélkül előfordulhat, úgy a szert aa. meleg vízzel felhígítva szoktam adni. Ilyen módon mindig jól türi, s a képződő rendkívül stabil emulsióban a jodoform egészen egyenletesen hat a hólyag minden részére.

Más kísérletezők jó hatásról tesznek említést tub. sebészi bajokban (Ostermayer), rheumatikus és ideges fájdalmakban stb. Erre nézve nincsenek tapasztalataim; a szer minden esetre megérdemli, hogy szélesebb alapon kísérletezzene vele.

Ugyancsak elterjedésre számíthat a 33 és 50%-os higanyvasogen is az ung. cinereum helyetteseként. Gelatina capsulákban árulják 2—5 gm. adagokban; jól tapadó, könnyen elkenhető, gyorsan felszívódó készítmény ez, mely nem avasodik, nem irritál s így számos előnye van a hivatalos higanykenőcs felett.

(Folytatása következik.)

A gonorrhoea kórtanának mai állása.

Róna Sámuel dr. m.-tanár és közközházi rendelő orvostól.

(Folytatás.)

A férfi gonorrhoea első localisatiója a húgyeső. Az összes húgyesőlobok a férfiaknál talán ½—1%-ot leszámítva, melyekre most nem akarok kitérni, gonococcus-infectio kifolyása. A húgyesőkankó az élet minden szakában észleltetett már. A legifjabb egyén, a kinél én biztos heveny kankót észleltem, 15 hónapos, a legidősebb 73 éves volt. A csecsemőknek, gyermekeknek észlelhető és azelőtt urethritis catarrhalisnak nevezett folyamat Cséri, Crandal és Róna vizsgálatai nyomán szintén közönséges kankóinfectiónak bizonyult. A gonorrhoeát kankóban szenvedő anyjokkal, dadájukkal, testvérükkel való alvás, tehát legtöbbször direct érintkezés folytán kapják.

Mindebből kitérni, hogy a férfi húgyesőkankó kezeléséhez ép oly kevésbé szükséges a coitus végezése, mint a

¹ A filmogent Bródy, Wien, I., Fleischmarkt 1. gyártja.

² A vasogen készítményeket Klever, Köln a/R. és Pearson, Hamburg, Neuerwall 78 árulják.

női gonorrhoea keletkezéséhez; elegendő az orificiumnak gonococcus-dús, még be nem száradt váladékkal érintkezése.

Valószínű, hogy coitus végzésénél is a legtöbbször a penis bevezetésének kísérlete alkalmával, tehát még coitus előtt a szeméremrészben történik az infectio, az urethrából vagy a Bartholini vezetékéből kitérő, genyesejten dús és híg váladék által, és nem a hüvelyben a szívós cervicalis nyák által (Schultz: Adatok a női gonorrhoea kór- és gyógytanához, Orvosi Hetilap 1896. és Archiv f. Dermat. u. Syphilis.)

A gonorrhoeának a húgycsőben mélyre terjedéséről a következő újabb momentumokat emelem ki. A gonococcusok már a negyedik napon nagy területeket foglalnak el, de nem egyenletesen, hanem főleg a lacunák és mirigyek körül; Finger, Gohn és Schlagenhauser (Archiv f. Derm. u. Syph. 1894.) szerint már a negyedik napon a fertőztetés után a cylinderhám hézagain keresztül a nyálkahártya subepithelialis rétegéig hatoltak.

A gonorrhoeának a nyálkahártyán hátra terjedését illetőleg Guyonnak és iskolájának az volt a nézete, hogy a heveny typusos kankó csak urethritis anterior, azaz csakis az isthmusig halad és hogy a compressor urethrae azaz a pars membranaceat körülvevő izomzat ép úgy gátat képez az elülső húgycső rész kankós váladéka számára, mint az elülső húgycső részbe fecskendezett folyadék számára. Ugyanis tudvalevő dolog, hogy a compressor urethrae rendszeren nem enged át kankó fecskendőkkel vagy nagyobb fecskendőkkel befecskendezett folyadékot a hátsó húgycső részbe. Guyon hangsúlyozta, hogy a heveny typusos kankó a bulbuban, tehát a compressor előtt megállapodik, ha csak külső okok (mechanikaiak: nehéz munka, ugrás, lovaglás, közösülés, rossz kezelés stb.) vagy belső ok (diathesis, lues, tuberculosis stb.) nem játszanak közre. Ép azért Guyon iskolája után több kitűnő szerző (Finger, Antal, Neumann) a hátulsó kankót már a typusos kankó szövödményének látja, mely legtöbbször csak a folyamat harmadik hetében társul az elülsőéhez és csak a jelzett befolyások alatt; előbb csak direct művi átvitel útján, sonda, catheterrel. Ez ma teljesen meg van döntve.

A heveny urethritis totalist Letzel (1889) 92,5%-ban észlelte kiöblítés utáni két pohár próbával; én 1891—92-ben a heveny esetek 90%-át észleltem hasonló próbával, úgy hogy joggal mondhatjuk, miszerint az összes heveny kankóban szenvedő betegeknek 70—80%-a szenved ideig-óráig hátulsó urethritisben is, tehát urethritis totalisban. Kimutattam, hogy a hátulsó urethritis az esetek nagy számában már a fertőztetés utáni első vagy második hétben fennállott. Úgy én, mint volt segédem Heisler 1891—92—94-ben kimutattuk, hogy teljesen diathesis mentes s heveny kankóikkal az ágyban fekvő és minden tekintetben az egyéni és általános hygiene szabályainak megfelelően viselkedő betegeknél urethritis totalist vagy ezzel együtt annak szövödményeit is észlelhetjük. Kimutattam, hogy a csecsemők és gyermekek az esetek óriási számában urethritis posteriort is kapnak, viszont kimutattuk, hogy 180 beteg közül, kik urethritis totalissal jelentkeztek, csak 3 mutatott constitutionalis megbetegedést. Kimutattuk továbbá, hogy a kankó korai, 3 hét előtti hátraterjedése a művi beavatkozásnak (sonda, tükrözvizsgálat) nem tulajdonítandó különösebb fontosság. Ugyanis az általam az első és második hétben urethritis totalisban szenvedőnek talált 103 beteg közül egyetlen egynél sem alkalmaztatott sonda, tükröz vagy catheter. Azon felvételt sem igazolták vizsgálataim, hogy coitus, erős testi munka, vagy helytelen kezelés okozná a kankó gyors hátraterjedését. 132 urethritis totalissal jelentkezett közül csak 10 végzett coitust a fertőztetés után és 71 könnyű testi munkával foglalkozó volt és végül az első hétben már urethritis totalissal jött 39 beteg közül csak egy lett belsőleg kezelve, 38 sehogy, a második hétben már urethritis totalissal jött 64 beteg közül belsőleg csak 3, befecskendésekkel csak 1 lett kezelve s 50 sehogy.

Egész sorozata az azóta megjelent közleményeknek, hogy többet ne említsek Janet, Lanz megerősítik ellenőrző vizsgálataik alapján kifejtett álláspontunkat. Sőt Janet, Guyonnak

jeles assistense ezen tanokra alapítja a róla elnevezett urethritis gyógy módját hypermangan kali nagy tömegének a húgycsővön át a hólyagba való beöntésével.

Az urethritis ant. és post. *diagnosisa* a vizelet-vizsgálaton alapszik. A vizelet-vizsgálat a régi Thompson-féle 2 pohár próbával és a szükség szerint a Goldenberg-Jadassohn-féle húgycső kiöblítést követő 2 pohár próbával (1888—89) történik. Ez is újabb momentum a gonorrhoea tanában. Mindenki tudja, milyen schlendrian módon s milyen könnyelműen fogták fel azelőtt az urethritist, a vizelet vizsgálatra vajmi kevés súlyt fektettek.

Már említettük fentebb, hogy a gonococcus nagyon röviddel az infectio után az *urethra follicularis*ba, a Morgagni-féle tasakokba behatol és most hozzá tehetjük, hogy ott *folliculitist* és igen gyakran *perifolliculitist* idéz elő. Ezen perifolliculitiseket heveny esetekben a húgycső alsó falán mint kendermagnyi, egész borsónyi göcsöket tapinthatjuk. Ezeknek progressiójából, azaz a folyamatnak a corpus cavernosum urethraera való áttérjedéséből származik a *cavernitis* és *peri-urethritis*. Ezen perifolliculitisek társ mikrobok hozzájárulása nélkül is kifelé vagy befelé törhetnek. Pellizzari (1890), Christiani (1891), Welandar (1892), Róna (1893) ugyanis a perifolliculitisek megnyitása után csak gonococcusokat találtak a genyben. De a mint már fentebb említém, ezek a legtöbbször nem a tályog, hanem a mirigyben visszatartott kankós geny-gyűlem jellegével bírnak. Azonban Jadassohn (1892, 1894, 1895) nézeteivel, hogy egyszer-másszor ezen perifolliculitisekből valódi staphylococcusok által okozott tályogok keletkeznek, egyetértek.

Ezen perifollicularis csomóknak, ha hosszasan fennállanak és kergesedéshez vezetnek, vagy ha elgenyednek és hegeképződéshez vezetnek, kiváló szerepük van a *nagyobbfokú strikturák* keletkezésében. Ugyanis biztos az, hogy a nagyobb-fokú strikturákat nem fekélyek gyógyultával keletkező hegek, hanem kergesedő vagy tályogosodó perifolliculitisek vonják maguk után. Itt emelem ki, hogy a gonorrhoea kapcsán fekélyképződés a húgycsőben oly ritka, hogy száz meg száz esetet tükrözhetünk a nélkül, hogy egy fekélyre akadnánk a húgycsőben.

Szemben a perifolliculitis urethralis gyakoriságával a Cowper-mirigyek megbetegedése a gonorrhoea kapcsán igen ritka észlelet, ellenben ki kell emelnem, hogy a Cowper-mirigyek tuberculosis néha kiváltatik terhelt egyéneken húgycsőkankó nyomán.

A *prostatitis* megbetegedését gonorrhoea kapcsán ma így kell felfognunk: A ductus prostatici egyike-másika majdnem minden heveny urethritis post.-nál *hurutos*, csak hogy a kettőt clinice alig lehet egymástól elválasztani. Újabban a Sehlen-féle próbát főleg subacut vagy chronicus esetekben alkalmaznak találtuk osztályomon. (A vizsgálat eredményeit Aschner dr. fogja rövid idő múlva közölni.) A Sehlen-próba abban áll, hogy a beteget előzetes kiöblítés után két pohárba vizeltetjük, de meg hagyjuk neki, hogy egy kevés vizeletet még tartson vissza. Ekkor a prostatát a végbélben átujjunkkal massirozzuk és ezután az utolsó részletet is kivizeltetjük a beteggel; ha a második portio tiszta volt, emez utolsó pedig fonalas, úgy a fonalak csak a ductusokból eredhetnek. A *heveny follicularis prostatitis* már sokkal ritkább. Ennél a folliculusokban a legtöbbször tisztán kankós geny van, mely ki nem szabadulhatván, tágitja az egyes folliculusokat (Pseudoabscessus Jadassohn). 1889—90-ben 141 heveny és idült húgycsőkankó között 15 esetben (10%), 1891—92-ben 150 túlnyomólag 6 hetesnél fiatalabb urethr. tot. között 4 esetben észleltem. Ezen alak csakis a végbél vizsgálat útján deríthető ki, a mikor heveny gonorrhoea kapcsán a prostatának végbéli felületén egy vagy több borsónyi puha vagy tömött göcz tapintható.

Hogy ez tényleg kankós geny retentio által feltételezett pseudoabscessus, Finger bonczolat alkalmával nyert positiv gonococcus-leleteivel bebizonyította. (Archiv f. Derm. u. Syph. 1895., p. 336.)

Legritkább alakja a prostata-betegségnek a *prostatitis parenchymatosa*, 150 heveny urethritis totalis közül csak

egyszer észleltem. Ezen heveny prostatitis parenchymatosa genyjének vizsgálatára 3 ízben nyílt alkalmam. Kettőben csak staphylococust kaptam tályognyitás alkalmával. A 3-dik esetben (1895) a punctio útján nyert genyben semmi micro-organismust, ellenben a tályog feltárását követő napon a seből kiesurgott genyben bőven találtam intra- és extracelluláris gonococust. Ezen esetben azonban már ekkor a tályogúr és urethra között communicatio lehetett és így nem lehetetlen, hogy az urethrából származott a gonococcus. Mindazonáltal valószínűnek látszik nekem, hogy ezen tályogos prostatitisnek is kezdete gonococcusok által előidézett pseudo-abscessus volt.

Az *ép prostata-váladéknak* Fürbringer szerint az volna a feladata, hogy az ejaculatio alkalmával a különben mozdulatlan ondószálasák életkedvét, mozgékonyágát előidézze, fenntartsa. Ez a tényeknek nem igen felel meg. Kocher u. i. 5 esetben spermatocele punctiónál a frissen vizsgált tartalomban élénken mozgó spermatozoákat talált. Ezen felvételt saját 3 észleletem sem látszik beigazolni. Észleletem közül csak a 3-dikat említem fel, melyről e helyen már a beteg kapesán referáltam is, a mennyiben ezen esetben a prostata mindkét lebenye elgenyvedvén, a tályog megnyitott és a műtét után két héttel onania útján nyert ejaculatumban — bár gyér számmal — igen élénken mozgó ondószálasákat találtam. Még azt is hozzá teszem, hogy az ejaculatum teljesen szagtalan volt, ami szintén a prostata-váladék teljes hiányára mutat, mert a prostata-váladék adja meg az ondónak fád szagát.

Heveny hátulsó kankó jelenlétében a gyulladás az esetek többségében behatol a *ductus ejaculatoriusba* is, honnan azután az esetek bizonyos számában behatol a *vesicula seminalisba* és a *vas deferensbe* és innen a *mellékhere csatornájába*. Speciell az *ondóhólyaglob* heveny gonorrhoea kapesán sokkal gyakoribb, mint azt constataálni szokták. Ennek fő oka abban rejlik, hogy a legtöbbször subjectív tünet nélkül folyik le, objective pedig a végbélen át nem vizsgálják. Régibb vizsgálatokra nem hivatkozva, csak saját idevágó újabb vizsgálataimat említem, melyek 328 heveny vagy subacut gonorrhoeára vonatkoztak, melyekből 37 esetben volt spermatoecystitis epididymitis mellett jelen. Természetes, hogy leggyakrabban mellékherelob kapesán észleljük a spermatoecystitist. Az epididymitist megelőző, valamint az általa nem követett spermatoecystitis gonorrhoea csak egyes esetek által van az irodalomban képviselve. Magam egész sorozatát az eseteknek

észleltem és néhányat közöltem is, valamint be is mutattam a közkórházi orvostársulatban. A fenti 328 eset közt is 5 ízben észleltem spermatoecystitist epididymitis nélkül, de prostatitissel együtt. Hogy a spermatoecystitis közvetlen aetiologiája a gonococcusoknak a hólyagba való bevándorlása, azt én mutattam ki 1896-ban az ondóhólyag punctiója által.

A mint már fentebb jeleztem, az *ondóhólyaglob*, legyen az egy vagy kétoldali, saját tapasztalatom szerint az esetek óriási többségében pathognomostikus subjectív tünetek nélkül lép fel és folyik le. A legtöbbször a subjectív jelek oly gyengék és elmosódottak és más képletek lobosodásának (prostatitis, urethroecystitis) tünetei által annyira fedettek elég gyakran az objectív tünetek is, hogy alig észrevehetők. Csak egyes, igen kevés esetekben észlelhetjük az autorok által spermatoecystitisre jellegzetesnek tartott következő tünet-csoportot: láz, gyakori székinger, szűrő, nyomó fájdalom a végbélben (mely utóbbiak azonban a prostatitis vagy urethroecystitistől eredhetnek), göresös összehúzódások a musculus levator és sphincter aniban, ritkábban a gátizmokban, kéjes, fájdalmas érzéstől kísért véres magömlések. Legállandóbb és legmegbízhatóbb tünet a végbélvizsgálatnál található ondóhólyagduzzanat, továbbá az ondóhólyagnak fehér véresejtekben dús tartalma. E váladékot vizeltetés után onania, vagy condomos coitus, vagy esetleg a végbélen át masszírozás útján nyerjük. A kankós ondóhólyaglobnak nagy jelentősége abban van, hogy bennéke újból meg újból inficiálhatja az urethrát, továbbá mert inficiálhat a benne szenvedő férfi akkor is, mikor az urethritisnek, vagy prostatitisnek, vagy mellékherelobnak nyoma is alig látszik.

Előttem biztosnak látszik az, hogy a vas deferensen át bejut a gonococcus a mellékhere csatornájába és pedig legtöbbször a nélkül, hogy ezen útját észrevehető deferentissel jelezne. Kankós emberek boncolásánál a vas deferens ez irányban volna vizsgálendő. Intensivebb deferentis eseteiben néha az izoláltnál ép úgy, mint az epididymitis által kísértnél, határozottan peritonitikus tünetek mutatkoznak. Horovitz (1892) néhány esetben kifejezett hashártyalobot észlelt mellékherelob kapesán és szerinte az utak, melyek peritonitishez vezetnek: 1. a plexus spermaticus véredény hálózata, 2. a vas deferens végbéli részlete, 3. a vas deferensnek Horovitz és Zeissel által felfedezett nyirokere.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medencékre.

Közli: Tóth István dr., egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

6. K. H. medencéje: 26, 27, 17.5 c. d., 10.0; lapos medence.

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajadás tartama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1887. 182.	31 éves	III. P., halott magzatok, spontan	6 óra	1/2 óra előtt	II. haránt-fekvés	Fordítás, extractio	Élő, leány, 52 cm., 3450 gm., 35 cm. cephalhaematoma	—	—	Rendes
2.	1891. 275.	35 éves	IV. P., fentiek	24 óra	6 óra előtt	I. kf.	Hosszú kitolás, beilleszkedés hiánya miatt előbb magasfogókísérelt majd fordítás, utoljára jövő fej perforatiója	Halott, fiú, 56 cm., 4400 gm.	—	Cervix mellső fala harántul ártrepedt	Mors a IV. napon

Ezen eset bővebb méltatás tárgyát képezte (lásd magas-fogókísérletek között 37. sz. s a 9 fordítás között IX. sz.), minden esetre bizonyítéka azon elvnek, hogy magas-fogó sikertelen alkalmazása után fordítás contraindicált.

7. Sz. F.-né, medenczéje: 27, 28 $\frac{1}{2}$, 17 $\frac{1}{2}$, c. d. 10.0, lapos medence.

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajúdas tartama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1887. 244.	26 éves	V. P., I. spontan élő, többi 3 harántfekvés, orvosi segélyvel halott magzatok	4 óra	$\frac{1}{2}$ óra előtt	I. harántfekvés	Fordítás, extractio	Élő, fiú, 51 cm., 3000 gm., 35 cm.	—	A cervix j. o. mérs. berepedt	Rendes
2.	1889. 320.	28 éves	VI. P., fentiek	12 $\frac{1}{2}$ óra	$\frac{1}{2}$ óra előtt	I. harántfekvés	Fordítás, extractio	Élő, leány, 49 cm., 3050 gm., 34 cm.	Nagy atonia, uterus tamponad	—	Rendes
3.	1892. 154.	31 éves	VII. P., fentiek	Több mint 48 óra	3 óra előtt	II. harántfekvés	Fordítás, extractio	Élő, leány, 51 cm., 3200 gm., 35 cm., bitemp. 8, bipar. 9 $\frac{1}{4}$, egyenes 12	—	—	Rendes
4.	1896. 309.	35 éves	VIII. P., fentiek	8—9 óra	$\frac{1}{4}$ óra előtt	Tökéletes lábfekvés	Spontan, a törzsig; fejkifejtés	Élő, fiú, 48 cm., 2990 gm., 33 cm., bitemp. 7 $\frac{1}{2}$, bipar. 8 $\frac{1}{2}$, egyenes 11	—	Kis zúzódás	Rendes

Szülőnőnek 8 szülése közül az I-ső koponyafekvés, az utolsó lábfekvés, a többi 6 harántfekvés; a klinikán 3 harántfekvése s 1 lábfekvése folyt le, mindig élő magzattal, láztalan gyermekágygyal, míg a klinikán kívül lefolyt szüléseinél magzatai elhaltak. — A magzatok átlag középfejlettségűek, s a fordítást mindig kedvező viszonyok között végezhetjük, a mennyiben csak a 3-dik esetben nem történt közvetlenül a magzatvíz elfolyása után; mindez hozzájárult a sikerhez.

8. N. M., medenczéje 23, 25, 16 $\frac{1}{2}$, c. d. 9.25—9.50 cm., általánosan szűk medence.

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajúdas tartama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1887. 348.	23 éves	I. P.	45 $\frac{1}{2}$ óra	$\frac{1}{2}$ óra előtt	I. harántfekvés	Fordítás, extractio	Halott, kora, 43 cm., 1650 gm., 29 cm.	—	Zúzódás	Láztalan, subinvolutio
2.	1892. 300.	28 éves	II. P., fenti	20 óra	10 perc előtt	I. kf.	Spontan	Élő, f., asphyc. 51 cm., 2500 gm., 33 cm., bitemp. 7, bipar. 8, egyenes 11	—	—	Rendes

Szülőnő medenczéje a II-od fokban szűkültek közé tartozik; a II-dik szülésnél ennek dacára kedvező viszonyok között egy gyengébb fejlettségű magzatot minden beavatkozás nélkül élve szül meg. — Ez esetben a prophylaktikus fordítás hívei alighanem fordítottak volna.

9. G. M., kyphosis a magasabb hátesigolyákban, medenczéje 23, 25, 18, c. d. 10.5, általánosan szűk.

Az I-ső és II-dik szülésnél a méh képes volt keresztülhajtani a gyengébben fejlett magzatot a szűkült medenczén, míg a III-dik szülésnél az erősebben fejlett magzat feje már nem tudott a medenczébe bejutni, kinyúlt a méhnyak, talán a hibás tartás is közrejátszott, másrészt lehet, hogy éppen a beilleszkedés nehezített volna vezetett a hibás tartásra az erőlyes contractiók alatt; a szülést magas-fogóval fejeztük be, élő magzatot hozva a világra. — A IV-dik (klinikán 3-dik) szülésénél ismét kisebb magzattal volt dolgunk, de a II-diknél

nagyobb s ime e magzatot a szűkült helyen keresztülhajtja ugyan a méhtevékenység, de azután kifárad, a szülés nem halad, a míg azután fogóval fejtjük ki az üregben álló fejet.

A magzat fejlettségi foka mintegy igazolja, magyarázza a 3-dik szülés lefolyását. Miként volt volna lehetséges ez esetekben a magzat fejlettségi fokának megfelelő eljárást előzetesen meghatározni? Mikor jött volna szóba, melyik szülésnél a prophylaktikus fordítás?

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajúdas tartama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1890. 138.	22 éves	II. P., első rendes	36 óra	?	I. kf.	Spontan	Élő, leány, 50 cm., 2850 gm., 34 cm.	—	—	Rendes
2.	1892. 340.	24 éves	III. P., fentiek	31 óra	12 óra el. 4 ujjnyi méh-szájnal	I. kf. Naegle-f. obliquit.	Cervix kinyúlás, magas-fogó	Élő, leány, 54 cm., 3400 gm., 37 cm., bitemp. 8.5, bipar. 10.0	—	—	Rendes
3.	1896. 47.	28 éves	IV. P., fentiek	40 óra	?	I. kf.	Kitolás hosszú tartama, régi forceps.	Élő, leány, 48 cm., 3150 gm., 34 cm., bitemp. 8, bipar. 9, egyenes 11	—	—	Rendes

10. M. G., medenczéje 27, 28, 16, c. d. 9.2 cm., átl. szűk, lapos medence.

Sorszám	Év, fejlapszám	Kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajúdas tartama	Magzatvíz elfolyása	Fekvés	Szülés lefolyása	Magzat	Lepényi időszak	Sérülések	Gyermekágy
1.	1889. 356.	19 éves	I. P.	23 óra	?	I. kf. köldök-zsinór előesés	Kinyúlt cervix, ruptura veszélye, élő magzat perfor.	Halott, fiú, 47 cm., 2100 gm., 32 cm., perforált magzat	—	Zúzódás	Kétszer 38.3—38.5° C., fekély
2.	1890. 368.	20 éves	II. P., előző	12 óra	Álló burok	I. kf.	Sectio caes. conservativa	Élő, leány, 49 cm., 2860 gm., 33½ cm., bitemp. 8, bipar. 9, egyenes 12	—	—	Néhány kisebb hőemelkedés, hasfali abscessus.
3.	1893. 396.	23 éves	IV. P., előbbi szülés után egy abortus poliklinice	8 óra	13 óra előtt 1 ujjnyi méh-szájnal	II. kf.	Mesterséges koraszülés, spontan szülés 15 óra alatt	Élő, leány, 46 cm., 2200 gm., 29 cm., bitemp. 7, bipar. 8, egyenes 9	—	—	Rendes
4.	1894. 519.	24 éves	V. P., fentiek	11 óra	¼ óra előtt	Láb-fekvés	Spontan koraszülés	Élő, leány, 41 cm., 1930 gm., 30 cm., bitemp. 6.75, bipar. 8, egyenes 9.25	—	—	Rendes
5.	1896. 70.	26 éves	VI. P., fentiek	9 óra	9 óra előtt	I. kf.	Plac. praevia, mesterséges koraszülés, lábrafordítás, extractio	Halott, fiú, 45 cm., 2050 gm., 30.5 cm., bitemp. 6.5, bipar. 8, egyenes 10	—	—	Rendes

A fenti eset részletesen közölve van (Orvosi Hetilap 1895. 2. sz.). Fényesen documentálja erősebben szűkült medence mellett a mesterséges koraszülés eredményeit még előző sectio caesarea után is. A nő élve született gyermekeit fel is nevelte.

A mit kiolvastunk előbb a különböző szűkmedenczés egyének szülési történetéből, ugyanazt ismétlődni látjuk itt az ismételve elének került szülők egymásután következő szüléseinek lefolyásában: jelentékeny szűkület mellett is spontan lefolyhat a szülés, másrészt helyén és idején alkalmasított műtéttel kedvező eredmények érhetők el s bár gyakran látjuk az összefüggést a magzat fejlettsége s a szülés

lefolyása között, e mellett számos más tényező is irányítja ezt. Tudjuk, hogy valamennyi szaktársunk jól ismeri a szűkmedenczés egyéneknek az egymásután következő szüléseknek gyakran különböző lefolyását, nem meggyőzni akartunk tehát a fenti adatok felsorolásával, hanem egyszerűen hiteles, általunk észlelt példákkal kívántuk illusztrálni az ismert tényeket. Annál is értékesebbek e példák, mert 15 év leforgása alatt bár, de ugyanegy vezető, ugyanegy iskola elvei vonulnak végig az egyes szülések vezetésén.

Hogy mennyire sikerül szűkmedence mellett magas-fogóval a szülés befejezése, s pedig a magzat életviszonyait is tekintetbe véve, erre vonatkozólag csak előbbi adatainkat kell összegeznünk.

Szűkmedenceze mellett összesen 32 esetben alkalmaztuk a fogót:

S pedig: ezek között		magas-fogó		m.-fogókísérlet		összesen
		élő m.	halott m.			
a c. d.	11 cm. fölött volt	3	3	—	—	3
"	10.5—11 " között "	8	7	1	2	10
"	10.1—10.5 " " "	5	5	—	2	7
"	10 cm. volt	2	2	—	4	6
fel nem jegyzett	---	6	4	2	—	6
Összesen :		24	21	3	8	32

A hat esetet, a hol a conj. diag. nincs feljegyezve, leszámítva, 13 esetben 10.5 cm.-en felül volt a conj. diagonalis s 13 esetben ezen alul, az előbbi csoportban, tehát I-ső fokban szűk medencénél csak 2 esetben nem sikerült a fejet áthozni a medencén, 11-szer igen s ez utóbbiak közül is csak 1 halt el, összesen tehát 3 halott magzat; míg a második csoportban, a II-od fokban szűkült medencénél a 13 közül csak hetet hozhattunk át a medencén, igaz mind élve, míg 6 esetben csak a magzat feláldozásával fejezhettük be a műtétet.

A míg tehát ez adatok mutatják, hogy a II-od fokban szűkült medencénél kevesebb magzat életét sikerül megmenteni magas-fogóval, mint az I-ső fokban szűkült medencénél (de ez a szabály általános úgy a spontan szülésekre, mint más művi eljárásra is), másrészt bizonyítják ez adatok, hogy még II-od fokban szűkült medencénél is minden második magzatot sikerül magas-fogóval élve a világra hoznunk.

Érdekes volna minden esetre a másik tényezőnek, a magzat fejlettségi fokának méltatása is, de számos poliklinikumban észlelt esetről levén szó, ezeknél ily irányú pontos megfigyelések, mérések gyakran hiányoznak.

Mindezek megismerése arra tanít, hogy szűkült medence mellett is várható a spontan szülés s pedig nemcsak az első fokban szűkülteknél általán, hanem a II-od fokú szűkületeknek nem alsó határai mellett is. Törekednünk kell tehát erre s ezért, a mennyiben ez irányú, előző tapasztalataink nem volnának, hagyjuk a szülést magára mindaddig, míg az anya vagy magzat részéről fenyegető veszély a szülés befejezésére, beavatkozásra fel nem hív. Természetesen e várakozással elmulasztjuk a prophylaktikus fordítás kellő időpontját, a mely eljárással pedig sokan kiváló jó eredményeket értek el; de mi azt hisszük, a prophylaktikus fordításnak ott van helye, a hol előző szülések tapasztalata áll előttünk, mutatva, hogy ama bizonyos szűkült medencén az előljövő fej nem jutott keresztül még művi segítség mellett sem (magas fogó), másrészt remélhető, hogy utoljára jövő fejjel a magzatot élve hozhatjuk át, mivel mások tapasztalatai s ez irányú közlései alapján el kell fogadnunk, hogy nagyobb téraránytalanság győzhető le az utoljára jövő fej extractiójával, mint magas fogóval. Előző tapasztalatok nélkül is helye van a prophylaktikus fordításnak a II-od fokú szűkületek közep, illetőleg alsó határainál.

A hol azonban első-, de másodfokú szűkületek mellett is a fenti körülmények, feltételek hiányoznak, ott hagyjuk magára a szülést, bizzuk a természetes utakra, a természetes erők, lefolyik az gyakran spontan, de ha nem, még mindig kezünkben van a magas-fogó, a melylyel, mint előadtuk, a legtöbbszor szerencsésen fejezhetjük be a szülést.

Így a magas-fogót mintegy tartalékban tartva, minden lehetőségét megadjuk a spontan szülésnek, nem avatkozunk be gyakran feleslegesen (prophylaktikus fordítás), a fej és medence közötti téraránytalanság legyőzésére alkalmat nyújtunk a természetes szülő-erőknek, kísérletet tehetünk a végletekig, mindaddig, míg akár az anya, akár a magzat részéről a szülés befejezése nem sürgető, másrészt a legtöbbszor ekkor sem vagyunk kénytelenek a magzatot feláldozni, a magas-fogóra idő van, jobban mondva, elérkezett alkalmazásának időpontja.

A fentiekben iparkodtunk számos oldalról megvilágítani e kérdést, mely még teljesen tisztázva nincsen, s melyet sok oldalról még mindig negligálnak, vagy kevés kísérlet után elítélnek. Azon remény biztat, hogy adatainkkal, érveinkkel

sikerül a szerintünk hasznos, sikeres eljárásnak többeket legalább annyiban megnyernünk, hogy letéve a passivitást, ez irányban kísérletezzenek.

Végül tapasztalatainkat a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A magas-fogó műtete sem az anyára, sem magzatára nem oly veszélyes, mint azt sokan feltüntetik, sőt mindkét individuummal szemben határozottan enyhébb eljárás, mint a fordítás, különösen a fejről-lábra fordítás.

2. Valahányszor magasan álló fej mellett a szülést az anya érdekében be kell fejeznünk, a mennyiben a fordítás feltételei már nincsenek meg, a perforatio előtt megkísérleendő a magas-fogó.

3. I. fokban szűk medence mellett általán s a II-od fokú szűkületek felsőbb határai között, különösen, ha az előző szülésekről tapasztalatunk nincs, előnyt adunk a magas-fogónak a prophylaktikus fordítással szemben, mivel a várakozással alkalmat adunk esetleg a spontan szülésre. Ezen elv vezet a magzat erős fejlettsége által okozott relativ téraránytalanságnál is.

4. A magas-fogó kísérlet eredménytelensége esetén várakozásnak helye nincs, a sikertelen kísérlet után közvetlenül végzendő a perforatio; alkalmas viszonyok között szóba jöhet a symphysiotomia, de contraindicált a lábrafordítás.

5. A magas-fogó műtét végezhető különféle, kellő hosszúságú fogóval; a Tarnier-féle fogónak a többiek fölött előnyét láttuk.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1897. április 7-dikén.)

Elnök: Verebélyi László; jegyző: Tihanyi Mór.

Widal-féle reactio diagnostikus értéke typhus abdominalisnál.

Gerlóczy Zsigmond: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Sacralis úton műtett végbél-resectio öt esete.

Herczel Manó: Bemutató utal a Kraske-féle végbélkiirtás nagy előnyeire és a kitűnő jó prognosira, a melyet ezen műtét-módor még rosszindulatú daganat kiirtásánál is biztosít. 27 ily módon műtett betege közül 25 gyógyult. A két nem gyógyult közül: az egyik műtét után 3. napon, teljesen normalis lefolyás mellett, hirtelen chloroform-utó-shockban halt el; a másik elhízott betegnél a circularis varrat elégtelensége folytán seb-infectio s általános sepsis lépett fel.

A carcinoma recti miatt operáltak közül több eset már négy év előtt lett operálva s még teljesen recidivamentes.

A jelen esetek közül: egy sarcoma, kettő carcinoma és kettő jóindulatú, heges strictura recti miatt volt operálva.

I. B. Anna, 38 éves, vasalónő: baja miatt már két ízben és pedig először 1 1/2 év előtt, másodszor 9 hó előtt lett operálva. Öt hó óta gyakori székelési inger, erőltető fájdalom, 6 hét óta vérzés és igen bűzös folyás a végbélből.

Felvételek: Körülbelül 1 cm.-nyire az anus mellső széle fölött kezdődik egy kis tojásnyi, a rectum mellső falán körülbelül tallérnyi alapon szélesen odatapadó, gömbölyded daganat, melynek oldalfelülete sima nyákhártyával borított, míg a közepén kraterszerűleg exulcerált. Az exulceratio szélei ezafatosak, puhák, könnyen vérzők. A daganat fölfelé nem terjed a vagina hátsó-felső áthajlási redőjéig, annak hátsó falával összekapaszkodik, de a vagina nyákhártyája a daganat fölött elmozgatható. A parasacralis mirigyek szabadok.

Diagnosis: Sarcoma recti. Műtét 1897. február 10-dikén, 1 1/2 óráig tartó chloroform-aethernarcosisban.

Ivalakú börmetszés, a keresztcsont a 4. keresztlik alatt resecálva. A végbél kifejtése a környezetből könnyű. A peritoneum csupán 1 cm.-nyi helyen lett megnyitva s rögtön 4 csomós varrattal egyesítve. A rectum a daganattal 6 cm. hosszúságban resecáltatik, ezután a distalis 3 cm. hosszú végbél-csonk nyákhártyája egészen ki lett irtva, a sphincter azonban megkíméltetett. Végül a centralis végbél-csonkot 180°-nyi esavarában behúztuk a nyákhártyájától megfosztott végbél-nyílásba s 6 silk-worm-varrattal odaerősítettük.

Az exstirpált végbél-részlet 6 cm. magas, körkörös. Közepén ül lefelé 1—1 1/2 cm., fölfelé 2 cm.-nyi széles ép nyákhártyával körülvéve; a gombaszerűleg promináló, felületén 5 1/2 cm. széles, 4 1/2 cm. magas és 4 1/2 cm. vastag, puha álképlet. A neoplasma gyöke 2 1/2 cm. széles, teljesen átbujánozza a végbél minden rétegét, mellfelé a vagina felé nyomul, de annak faláról teljesen ép szövetben elválasztható. Az ál-

képlet felületén exulcerált, vöröses-barna színű, helyenkint erősen véresen imbitált, helyenkint barnás-szürke csapadékkal fedett, könnyen szétmálló. A mélyebb rétegek sárgás-szürke színűek, az átmetszeten helyenkint recézett structurával, helyenkint — nevezetesen középtájon — halhússzerű csikolt konfigurációval; egyes kisebb helyeken eperszerű protuberantiák, átmetszeten rózsás-piros színnel. Kórszövettani diagnózis: Sarcoma (Genersich.)

Lefolyás: teljesen láztalan; csupán 7. napon zavarva egy, a seb mélyében, a rectum hátsó falában fellépett lencsényi perforatio által, mely valószínűleg a bourdonnet szegélye által okoztatott. A finom sipoly 3 nap alatt spontán záródott. Gyógyulás most teljes, continentia igen jó.

II. T. Francziska, 63 éves. Három hó óta nagyfokú tenesmus és székrekedés bántja hascsikarás kíséretében. Véres székletétet vagy bűzös folyást a végbélből nem észlelt. Betegsége óta lesoványodott.

St. pr.: Közvetlen a végbél-nyílás felett kezdődő, felfelé körülbelül 9 cm. magasságig terjedő, a végbél circumferenciáját hátul és jobboldalt körülbelül $\frac{3}{4}$ részben elfoglaló, vérzékeny, felhányt szélű, középtáji kraterszerűleg bemélyedt, piszkos evet szolgáltató, fájdalmas terimenagyobbodás, mely jobboldalt körülbelül 5 cm. magasságban a vagina jobboldali részével összefügg és alapján csak épen hogy mozgatható. A paracacalis mirigyek beszűremkedettek.

Diagnózis: Carcinoma recti.

Műtét 1896. november 17-dikén 3 óráig tartó chloroform-aether-narcosisban. Paracacalis metszés; a keresztcsont resectiója a 4. és 5. keresztlik között; vérszecsillapítás tamponade-dal. Az analis nyílás körülmetészése után a végbél analis portiója a kóros sphincterrel együtt ki lett irtva s a vagina hátsó faláról lepraeparálva, mely alkalommal kiderült, hogy jobboldalt a végbél és a vagina erősen összekapaszkodott s az utóbbi rákosan infiltrált; miért is a vagina hátsó fala több mint 4 cm. szélességben és 7 cm. hosszúságban resecálva lett egészen a hátsó fornixig. Ezután a peritoneum visszatolatott s a végbél ép szövetben 12 cm. hosszúságban amputáltatott. A resecált vaginát 12 silkworm-varrattal egyesítették s a végbelt sacralisan kivarrtuk.

Lefolyás: igen kedvező, láztalan. Varratok 8. napon eltávolítottak, az analis csont jól tart. Tizedik napon a vaginalis varrat szétvált s így a perianalis sebüreget a hüvelylyel communicál; a szépen megindult sarjadzás azonban lassankint betölti, úgy hogy a beteg teljesen zavartalan reconvaletentia után, 5 hétre a műtét után, gyógyultan távozik. Belső continentiaja természetesen nincsen. Jelenleg, a heg tájáról kisugárzó, időnkint jelentkező fájdalmakról panaszkodik, recidivát azonban kimutatni nem lehet.

III. Sch. Teréz, 40 éves, napszámos neje. Három hó óta igen erős hasmenés, felváltva székrekedéssel. Majd székletét alkalmával, heves végbél-erőltetés kíséretében, egy körülbelül diónyi tumor prolábálása a végbél-nyílás elé. Később székletét csak hashajtókra volt. Véres ki-folyás a végbélből. Erősen lesoványodott.

Status praes.: A nagy fokban elgyengült, vérszegény, vézna nő végele tág. A sphincter ani ext. felett $3\frac{1}{2}$ cm.-re, a végbél hátsó és jobboldali falát elfoglaló és mellső-baloldali falán csupán $1\frac{1}{2}$ cm.-nyi területet épségben hagyó, circularis, 2 tallérnagyságú, tömött, felhányt szélű, egész felületén kifelé nyúló és kraterszerű bemélyedésekkel ellátott tumor tapintható, a melynek felső széle az ujjal elérhető. Maga a tumor minden irányban körüljárható, eléggé mozgatható, nem fájdalmas. A tumor közvetlen szomszédságában, hátul, több lencsényi egész borsónyi, tömött tapintatú, mozgatható, kissé érzékeny mirigy. A végbél nyákhártyája egyebütt ép, végbél-fal és vagina fala nem infiltrált. Uterus megegyező, retroflectált, érzékeny; parametriumok szabadok; genyes, nyákos fluor.

Diagnózis: Carcinoma recti.

Műtét: 1897. március 6-dikán 50 perczig tartó chloroform-narcosisban. Ivalakú hőmetszés a végbél-nyílás körülírásával. Keresztcsont resectiója a 3. keresztlik alatt. A rectum lefejtésekor a keresztcsontról profus venosus vérzés, mely csupán tamponade-ra áll meg. A végbél kifejtése könnyen megy; mirigyek csupán kis számmal a rectum közvetlen szomszédságában. A peritoneum széles megnyitása és rügtöni elzárása 18 varrattal. A rectum resectiója a tumor felett és alatt 2 cm.-rel. Az igen súlyos collapsus miatt a tervezett circularis varrattól el kellett állani és a műtétet gyorsan be kellett fejezni. Ezért a körülbelül 2 cm. hosszú, ép analis csontot kiirtottuk és a felső csontot a sacrum alatt gyorsan 6 silkworm-varrattal a bőrbe középpel egyesítettük. Bőr-varratok, bő drainage. Műtét tartama 50 percz.

Lefolyás: Közvetlen a műtét után s a műtétet követő nap igen súlyos collapsus; pulsus nem érezhető, beteg cyanotikus, eszméletlen, respiratio perczenkint 32. Konyhasó-infúziók, autotransfusio, aether-camphor-injectiók, analepticumok bő adagolására beteg lassan-lassan magához tért, azonban igen nyugtalan volt. Székletét, mivel obstitálni nem lehetett, folyton maga alá bocsátotta, úgy hogy 5. napra híg székletét által a seb inficiálva lévén, innen kezdve 8 napon át kisebb esti hőemelkedések (egész 38.5° -ig) léptek fel, a mi miatt a varratokat megnyitottuk és a sebűrt sterilgaze-esíkokkal naponta többször frissen tamponáltuk. Ugyan e miatt az analis nyílást szegélyező felső 2 varrat is szétvált, az alsó és mellső oldalon azonban a bélcsont a bőr szélével szépen és solidan egyesült s a sebűr jelenleg egészen tisztán granulál, folyton kisebbedik. A rendkívül elesett beteg roboráló szerek és kellő táplálék mellett lassan összeszedi magát, úgy hogy a gyógyulás előreláthatólag rövid idő múlva teljes lesz.

IV. P. Paula, 32 éves kisgarami munkásnő. Egyszer szült. Hosszabb idő óta van fehér folyása. Négy év óta erőltetéssel járó

székelései vannak, midőn apró, kecskeszékhez hasonló rögök távoznak, néha csekély vérzés kíséretében. Hasa puffadt, nagyfokú szél- és székrekedés. Végbél-nyílás körül függőlyök, a végbél-nyílásba a kisujj kúpja sem vezethető be, csak tollszárvastagságú puha catheter megy rajta keresztül. A hüvely felől a végbél szűkült részének megfelelőleg egész a hátsó boltozat fölé felterjedő, 2 ujj széles, tömött, heges részt tapintható.

Műtét 1895. szeptember 23-dikén aether-narcosisban. Ivalakú bőrmetszés. Keresztcsont a 3. keresztlik alatt részsütösen resecáltatott. A végbélnek felszabadítása nehézségekbe ütközött. A peritoneum áthajlasi redője igen mélyen volt. A peritoneum megnyitattik és 16 selyemvarrattal bevarratik. A zárizomrészlet a heges bélrészlettel együtt el lesz távolítva a zárizom néhény ép rostjainak meghagyásával. A végbélcsont 180°-os csavarásban a régi végbél-nyílás helyébe lett varrva és a seb részben egyesítve. Kiirtott bélrészlet hossza 12 cm. Gyógyulás teljes. (2 hó)

Kisfokú prolapsus miatt plastikus műtét 1897. március hóban. Continentia jó. Góresővi lelet: a submucosában fekvő edények hatalmas, gömbsejtekből álló, köpönyektől vannak körülveve, melyek egész lefutásukban kísérik, a bélizomzatba is hatolnak. Hízó sejt is nagy számban található. A góresővi kép luetikus stricturának felel meg. (Krompecher dr.)

V. S. J., 37 éves, budapesti cseléd (felv. a szt. István-kórházba 1893. augusztus 7-dikén). Három gyermeke közül egy sem él, egyik 27 napos, második 22 hónapos korában halt meg; harmadik pedig koraszülött volt. Hat év óta állandó székszorulása van, úgy hogy néha 6—8 napig is elmaradt, ha pilulákat, ricinus-olajat nem szedett; nagy erőltetései vannak, miközben vérral kevert nyálka jön végbélből. Étvágya rossz. Hasa folyton korgott, csikarásai vannak. Erősen lesoványodott. Végbél-nyílása körül koszorú-alakban aranyér-csomók. A végbélbe vezetett ujj körülbelül 3 cm. magasságig tud behatolni, hol oly akadályra talál, melyen keresztül hatolni az ujj kúpja sem tud.

Bár a luesnek egyéb jelei fenn nem állottak, a szűkület valószínűséggel luetikus alapon fejlődöttnek volt tekinthető. Műtét 1893. augusztus 7-dikén aether-narcosisban. A metszés a jobb spina post.-tól félútna a középvonalhoz. A végbél kifejtése közben a peritoneum meg lett nyitva. A bél kellőleg lehuzatván, a peritoneum köröskörül a bélhez lett varrva 13 selyemvarrattal. Bélcsont ellátása: invaginatio a nyákhártyájától megfosztott zárizomrészletbe a bélnek 180°-os csavarásával. Gyógyulás tartama 5 hónap. A góresővi vizsgálat a szűkület luetikus eredete mellett szól. (Krompecher dr.)

Hónapok múlva prolapsus fejlődött. Jelenleg a nyakán támadt gumma miatt újból kórházi kezelés alatt van.

Adatok a Paget-féle betegség ismeretéhez.

Nékám Lajos: Szólonak alkalmá nyílt Brocq, Horsley és Unna szívességből e ritka betegségnek három esetét észlelni illetve góresővi-leg megvizsgálni. Minthogy Magyarországon e betegségnek tipikus esete szóló tudomása szerint még nem került észlelés alá, nem tartja érdektelennek a készült praeparatumok néhány megjegyzés kíséretében való demonstrálását.

Mint a hogy az rendesen lenni szokott, ez esetben sem azt a szerzőt tisztelték meg nevének felhasználásával e körkép elnevezésénél, a ki e megbetegedési alakot az ismeretlenből elővonta. Ez ugyanis Potter volt, ki 1872-ben „chronical destructive inflammation of the nipple” ezim alatt e folyamatnak egy tipikus esetét mintaszerűen közölte, de közleménye Pagetnek 1874-ben megjelent és 15 jól észlelt esetet tartalmazó dolgozata után feledésbe merült. Azóta főleg angol és amerikai szerzők mintegy 30 esetet jegyeztek fel, majdnem mindenki más ezim alatt, míg végre az Erichsen által ajánlott nevet: Paget-féle emlőbimbó betegség fogadta el a közönség. A közölt adatok szerint kétszer a scrotumon, egyszer az orron és egyszer az ajkon ült a folyamat; valamennyi többi esetben az emlőbimbóból indult ki a folyamat.

A kórfolyamatnak kiváló pathologiai fontosságot ad az, hogy itt a carcinomás folyamat felléptét évekig tartó felületes, nedvező, viszkető kóralak előzi meg. Nemi hasonlóság áll tehát fenn a xeroderma pigmentosum, a paraffin-munkások, kéményseprők, matrózok rákja, továbbá a néha lupust és syphilideket kísérő ú. n. secundaer rákok között.

A tipikus esetek a menopausa körül álló nők egyik emlőjén lépnek fel. Jelentéktelen exfoliatio, rhagadok keletkeznek, melyek pörkkel boríttatnak s csakhamar keskeny vörös hálalóval körítetnek. Innen kezdve a folyamat rendkívül lassan halad, s miközben a pörk makacsul vissza tér esetleges eltávolítása után, az exfoliált nedvező felület nem reagál antieczematosus eljárásokra, a vörös udvar 2—8—20 év alatt ellepi az emlő egész felületét s ilyenkor szokott áttérni a másik oldalra is. A felület könnyen vérzik, éles cyclikus, kissé kiemelkedő, élénk piros szélekkel bíró, fényes, finoman szemcsézett, s alatta jól érzhető pergamentszerű keményedés tapintható. Helyenként álhedgesedések mutatkoznak. Eleinte teljesen indolens a folyamat, később erős viszketés lép fel, mely végre lancineáló fájdalmakká változik. Időközben, a mélyben kemény, sclerotizáló hedgesedés indul meg, mely mogorónyi tömegként tapintható, s mely felett a bimbó lassanként behúzódik. A betegség remissió nélkül halad előre, s bár a nyírkirgőket nem vonja körébe, lassankint egy nagyobb kraterszerű üreg kepeződik, secundaer infectiók miatt bűzös, genyedő kraterszerű fekélyvel bíró rákos tömeggé válik. A folyamat tehát soha igazi eczemának nem tekinthető, mert hiányzik a diffúz szétterjedő vesiculás catarrhus, mely a közönséges eljárásokra engedjen. De viszont igazi ráknak ne lehet tekinteni, annyira felületes, lassú, adenopathiát nem involváló, metastasisokat nem képező

a lefolyás. Paget maga valódi eozemának nézte, mely locus minoris resistentiát képezve, rákos elfajulásba ment át. Későbbi szerzők ellenkezőleg rejtőző primaer ráknak nézték, mely a felületen szétterjed, de mindig a mélyben veszi eredését. A szövettan lett volna hivatva világosságot hozni e kérdésbe, de ezt is megnehezítette néhány helytelenül észlelt eset, a hol pl. antisyphilitikus vagy antieczematosus eljárásokra váratlanul gyógyulás állott be.

Nagy érdeklődést keltett, midőn Malassez iskolája, főleg Darier és Wickham e betegségnek coccidiumokat írtak le kór-okul. A rendkívül megvastagodott Malpighi-rétegben tényleg vannak nagy számmal óriási nagy, szintelen metakinetikus magokat tartalmazó és az oedematosus protoplasmában retractiókat, vacuolákat, invaginációkat, szeméséket, degenerációkat stb. mutató sejtek. Ezekben néha kettős kontúrokat, metachromasiát, Russel-féle testeket látni. Ezeket nézte Wickham coccidiumoknak. Számos szerző elfogadta e felfogást, mások azonban tekintve a genetikusságot összefüggést a hámsejtekkel, az evidens degenerációkat, az analógiát más, jobban ismert betegségekkel, végre keratohyalinnak mutatkozását ily zárlatokban, nem hajlandók a képeket parasitákként magyarázni.

A pozitív elváltozások, melyeket magyarázatok nélkül is constatalhatunk, a következők: az első stadiumban a hám megvékonyodik, succulens, elnyúlt sejteket kap, melyeket nagy mérvű leucocytá kivándorlás teljesen áthat. A papillák lelapulnak, rengeteg mennyiségű plasma és hízó sejt felépítte miatt sejtgazdag, tömött szövetté alakulnak, mely az említett indurációt okozza. Sok világos, oedematosus sejt képződik, melyek Kromayer-féle rostozata eltűnik, míg nagy mennyiségű Herxheimer-féle fonál lép fel. Később a pörk alatt kis abscessusok keletkeznek, a hám pedig erősen proliferálva a mélybe, vastag, hengeres nyulványokat bocsát a cutisba. Ez képezi a folyamat fordulópontját, s az addig határozatlan elváltozások most válnak carcinomatosussá. A tejcsatornák hámja sokrétű lesz, majd nagy tömött hámsejteket képez, melyekben csak itt-ott látni a lumennek maradvékát. Ez a lumen-maradék hyalin-neerotikus masszával van kitöltve s benne kolossális mennyiségben találni egy Gram szerint nem festődő, rövid, keskeny, egyenes bacillust, melyet eddig az irodalomban nem említettek fel. E tömegeket a Henle-féle réteg romjai veszik körül, melyek rendkívül nagy tömegű elastikus rostokból és elfajult, az ú. n. collacint mutató kollagenból állnak. A folyamat tehát a hámól indul ki, talán bacillair jellegű, coccidiumok felvételére nincsen elég támpont, a retractiót a kötőszövet sorvadása okozza; a nyirkpályák és a véredények szabadok, s ezért nem észlelünk e betegségnek metastasisokat vagy adenopathiát.

Basch Imre: A sokkal fertőzőbb psorospermiosisból származó készítményeket mutatott be szülő két év előtt az orvosegyesületben; az ott látható sejtkepletek teljesen hasonlóak voltak a most bemutatott praeparatumokon észlelhető sejtekhez; ott sem sikerült eldönteni a kérdést, vajjon coccidiumok-e ezek vagy csak egyszerű sejtkepletek, a mi valószínűbb.

Agytályog esete.

Martiny Kálmán: A bemutatott gyermek 1896. szeptember 11-dikén az első emeletéről az udvar kövezetére esett s ott eszméletlenül elterült; a mentők még aznap a II. számú sebklubinukra hozták. Az esés okozta sérülés a következő volt: Az öntudatlan állapotban fekvő beteg jobb homlok táján egy a felső szemöldök-ívvél párhuzamosan haladó, 6 cm. hosszú, csontig hatoló folytonosság megszakítás látható, a homlokcsont ezüstforintnyi területen lemeztelenített, középtűt rajta babnagyságú anyagihiány, melyből sugárszerű csontrepedések indulnak ki, a melyek közül a harántfutó 6 cm. hosszú és fél centiméternyire távolgó. A homlokcsonton levő hiányon s a repedéseken liquor cerebrospinalis s agyvelőállomány nagy mennyiségben, törmelékben szürke és fehér állomány keverve folytonosan rhythmikusan követte az agyvelő pulzálását szívárog. Pupillák középtágak, egyenlők, pulsus 60, középtelt, reflexeken változás nincs. A seb tágitása és környékének megtisztítása s a benne levő csontszilánkok eltávolítása után, meggyőződve arról, hogy a nyílt csonttörésen egyéb javítandó nincsen, kötést tettek rá, melyet minden nap változtattak.

Az első két kötészáltoztatáskor még távozott agyvelőállomány s a kötés erősen átvődött; hőmérsék 38.5—38.7; a következő napokon az eszmélet mindinkább tisztul, a kötés szárazabb, agyvelőállományt nem tartalmaz.

Szeptember végén a beteget szülei a klinikum tanácsa ellenére kivitték, de az ezt követő idő alatt is rövid megszakításokkal a klinikum állandó felügyelete alatt volt.

December hóban a gyermeket erős fejfájások, lázak, majd görcsök kínozták, a melyekről biztosan megállapítható volt, hogy Jackson-epilepsia jellegűek.

A sérülésből s az említett tünetekből nem volt nehéz az agytályog jelenlétét megállapítani s az indicációt ahhoz mérten felállítani, hogy t. i. a jelenlevő lencsényi folytonosságihiányt s esetleg a csont defectusát tágitva, az agytályogot kiűritik. A tályog tartalma azonban egy napon spontan megjelent a homlok bőre alatt, a mit az akkori kezelő orvosa egy bőrmetszéssel kiűritett.

A tünetek akkor egy időre javultak, azonban a fájdalom s az agyvelősipoly megmaradtak, úgy hogy a gyermek januárban ismét kizárólagosan a klinikum gyógykezelése alá jutott.

A mai napon teljesen gyógyultnak mondható, a sérülés helyét csak a heg mutatja; a gyermek intelligenciája korához képest (most 4 éves) igen jól fejlett, jó kedvű, erős, már 4 hét óta semmi agyi tünet nem jelentkezik s fájdalmai sincsenek.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A svéd gyógygymnastika. Irta: *Kelen István* dr. Budapest, 1897.

A svéd gyógyítótornázásról mindeddig magyar munkát nélkülöztünk s a kik ezen — adott viszonyok között kétségtelenül igen becses — gyógyító eljárással meg akartak ismerkedni, idegen művekre szorultak. Ezen a hiányon akart segíteni Kelen kartárs, midőn „A svéd gyógygymnastika” című könyvét közrebocsátotta.

A svéd gyógyítótornázás történetének ismertetése után annak lényegét és célját magyarázza a szerző. Azután rátér a gyógyítótornázás élettani hatásának részletes leírására, majd azon betegségek felsorolására, melyeknél a svéd gyógyítótornázás által kiváló javulást, sőt gyógyulást lehet elérni. A szerző behatóan tárgyalja a szívbetegségek tornáztatásának kérdését és a svéd gyógyítótornázásnak az Oertel-féle módszer felett való előnyeit fejtegeti. Melegen ajánlja a svéd gyógyítótornázást a chorea ellen is, hivatkozva azon eredményekre, melyeket általa ezen betegségnél sok helyen — különösen Franciaországban — elértek.

A test sérüléseinek gyógyítótornázással való orvoslása fejezi be a munkát, melyet a szerző nagy figyelmettel írt meg. Kár, hogy nyelve nem magyarosabb. Előnyére válnék a munkának az is, ha a gyógyítótornázás módjait, a mozgásokhoz való eszközök, gépek leírását is tartalmazná. A munkát az Eggenberger-féle könyvkereskedés igen eszinosan állította ki.

A—y dr.

II. Lapszemle.

Kedeszmirigy túltengés miatt végzett műtét. A Majna melletti Frankfurt város kórházában *Siegel* súlyos asthma thymicum egy eseténél, a hol a kedeszmirigy túltengése már az élőben lett kórismézve, végezte az alábbi műtétet s a beteg életét megmentette. Az erősen dyspnoikus 2½ éves gyermek laryngismus stridulus kórismével szállították a kórházba. A kórházban végzett rögtöni tracheotomia eredményre nem vezetett; a légzési nehézség továbbra is fennállottak, s így a bifurcatioig érő légescsapcsővecs (canule) lett a készített nyíláson átvezetve. A beteg állapota határozottan javult; de a bekövetkezett decubitus és bronchitis miatt a hosszú canulet eltávolították. A kórismét a kedeszmirigy túltengésére állították fel; s így megnyitották a mediastinum anti-cumot, a megnagyobbodott mirigyet elővonva, a szegycsont felett a fasciához rögzítették. Rögtöni rendes légzés s prima gyógyulás követte a műtétet. Ez lenne az első elevenen kórismézett és operált kedeszmirigy túltengési eset. (Berliner klin. Wochenschrift 1896. 40. sz.)

Boross dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Viszkető bőrbajoknál** a viszketés csökkentésére *Boeck* a következő szert ajánlja: Rp. Talc. Amyli aa 45.0; Glycerini 20.0; Aqu. plumb. 100.0. Kétszeres mennyiségű vízzel hígítva alkalmazandó a bőrre, a hol megszáradni engedjük. Ha a bőr nagyon érzékeny, az aqua plumbica fele 1%-os bórsav-oldattal helyettesíthető. (Practitioner, 1897. február.)

2. **Gyermekek atonikus dyspepsiája ellen** *Comby* a következő orvosságot szokta rendelni: Rp. Tinct. nucis vomicae guttas XV; Tinct. calumbae, Tinct. gentianae aa 2.0. 5—10 éves gyermeknek 5—10 csepp adandó minden étkezés után. (Practitioner, 1897. február.)

3. **Parotitis epidemica ellen** *Tranchet* a következő kenőcsöt ajánlja: Rp. Ichthyoli, Plumbi jodati aa 5.0; Ammonii chlorati 2.0; Axung. 30.0. Naponként háromszor alkalmazandó. Szükség esetén (nagy fájdalom) belladonna is adható e kenőcshez. (Journ. des prat. 1896.)

TÁRCZA.

Pollák Siegfried dr. †

A boldogult elhunytáról lapunk zártakor vevén csak tudomást, csupán a f. hó 15.-én bekövetkezett elhalálózását jelezhettük. Nemes szív és jellembeli tulajdonságai, alapos képzettsége, valamint irodalmi tevékenysége azonban érdemessé teszik bővebben megemlékezni róla.

1863-ban Inowrazlawban, Porosz-Sziléziában született; gymnasiumi és egyetemi tanulmányait Budapesten végezte el, 1887-ben doctorrá lett avatva, majd egy évig Korányi tanár klinikáján mint gyakornok, három évig pedig Stiller tanár osztályán mint alorvos működött. Ezután hosszabb ideig Berlinben Koch, Ewald és Boasnál végzett tanulmányokat. Bár csak mint gymnasista jött hazánkba, lelkes magyarrá lett és nemcsak a magyar orvosi szakirodalmat gazdagította önálló dolgozatokkal, hanem mint a „Wiener medicin. Wochenschrift“ budapesti tudósítója és a Boas-féle berlini „Archiv für Verdauungskrankheiten“ állandó belmunkatársa a magyar szakemberek tudományos működésének a külföldön alapos ismertetője lett. 1892 óta magánpraxist folytatott és mint a gyomor- és bélbántalmak szakszerű művelője számos kartárs által lett mint consiliarius igénybe véve.

Kiválóbb dolgozatai következők voltak: *A hengerek és cylindroidok képződési módja.* A budapestiegyetemen pályadíjat nyert dolgozat. (A m. tud. akadémia 1886. évi évkönyvében. Németül Archiv f. experiment. Path. und Pharm. 1897.) — *Vizsgálatok a melanuriáról.* (Orvosi Hetilap 1889. Németül Wiener med. Wochenschrift.) — *A szivizom gümőkórjáról.* (Korányi „Jubiláris dolgozatok“. Németül „Zeitschrift f. klin. Medizin, Band XXI.“) — *Bélgümőkór egy esete fekete vizelettel.* (Orvosi Hetilap 1892. Németül Berliner klin. Wochenschrift.) — *A gyomormosások alkalmazása heveny belső bélelzáródásnál.* (Orvosi Hetilap 1892. Németül Wiener med. Wochenschrift.) — A sors ironiája úgy akarta, hogy két évi kínos szenvedés után maga is bélbajnak essék áldozatul. Az utolsó nyolcz hónapban már praxist nem folytathatott, beteget és kartársait legnagyobb sajnálatára.

Áldott legyen emléke.

Baumgarten Samu dr.

A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus.

(London, 1896. augusztus 4—8. dikáig.)

(Folytatás.)

Mire tanít a dermatologia a carcinoma természetét illetőleg?

Miután valószínűvé tettem, hogy a bőrön a tuberculosus processus tanulmányozására jó alkalmat találhatunk: a könnyebb feladatba fogok, a mely a carcinomát illeti. Ha ezt a szót a régi értelmében használjuk, a mely a rosszindulatú álképletek minden alakját magába zárja: úgy mindjárt megjegyezhetjük, hogy ezen alakok különfélesége igen nagy, minden esztendőben megszapordik a klinikai válfajok száma, a melyek érdemesek arra, hogy a specialisták megkülönböztessék őket egymástól. Mivel azonban nem szándékozom önöket fárasztani, igen röviden meg akarom állapítani azon főtörvényeket, a melyek bennük kifejezést nyernek.

I. Hogy a malignus folyamatnak valószínűleg hasonló az okai minden esetben.

II. Hogy a két fő praedisponáló ok: 1. öröklékenység, 2. a szövetek senilitása, és a kiváltó ok: helyi izgalom vagy trauma.

III. Hogy a rosszindulatú növedékek megjelenésének különbségei viszonyban vannak azzal a szövettel, a melyben a folyamat kezdődött.

IV. Hogy a helyi izgalom és a senilitás combinált behatása alatt (valósággal azonban néha ezen utóbbi nélkül) a carcinomatosus folyamat egyszerre különböző részeken jelentkezhetik, pl. az arez multiplex epitheliomái.

V. Hogy chronikus lobosodás vagy atrophia gyakran előzi meg a rákos elfajulást, pl. dohányosok ajkepitheliomái, a Kaposi-féle kór nyomán fellépő carcinomák s a lupus carcinoma.

VI. Az oly elváltozások, a melyek nem lobos természetűek, hanem inkább a táplálkozásnak változatai, gyakran hosszú idővel megelőzik vagy bevezetik a carcinomát, pl. a lentigo, melanosis.

VII. Azon tény, hogy a gyermekben épen azon formáját találjuk a ráknak, mint a szülőben (sarcoma melanodes és ulcus rodens), néha annyira határozott, hogy azt a hiedelmet keltheti, hogy a csira átvivődött.

VIII. Legtöbbsnyire az átörökölt új képlődés más alakú és a gyermek malignus megbetegedése nem teljesen olyan, mint a milyen a szülőké volt.

IX. Hogy némely teljesen ártatlan új képlődések (a hajzatos fejbőr steatomái) egy pár generáción át örököelve lassanként rosszindulatúakká válhatnak.

X. Hogy új képlődéseknek bizonyos nem malignus alakjai szoros összefüggésben vannak a carcinomára való veleszületett hajlandósággal (similis verruca, hegkeloid).

XI. Hogy a míg némely malignus alakok fél életen át helyiek maradnak, mások igen eleven fertőző erőt mutatnak és majdnem csodálatosan gyors sokszorosodást.

XII. Némely chronikus bőrlöbök, melyek eleintén nem rosszindulatúak, hajlandók különös alakú carcinomás folyamatokká átváltozni (granuloma fungoides).

XIII. Scrophulotikus természet nem zárja ki a malignus hatást (lupus-cancer).

Ezek volnának uraim azon feltételek, a melyeket a carcinomatosus processus a bőrön kifejezésre juttat, s a melyeket, ha az idő megengedi, még bővebben fogok megvilágítani.

Nyilvánvaló, hogy összefoglalva nem támogatják azt a hypothesis, hogy a carcinoma valamely parasita behatolásának köszöni keletkezését; inkább arra mutatnak, hogy öröklött vagy szerzett táplálkozási zavarokkal vannak összefüggésben, mindenek felett pedig azon csodálatos ellenőrző erő megeszkedésével állnak összefüggésben, a mely az emberi test egyes részeit és szöveteit arra kényszeríti, hogy növekedésükben túl ne lépjék azt a határt, a melynek meghaladása veszedelemmel járna az összesség javára nézve. Lehet, hogy parasiták vannak jelen, mivel könnyen fejlődnek a megkárosodott szövetekben és lehetséges, hogy a folyamatot complicálják a löböknek majdnem minden alakjával; azonban hogy valamely határozott parasita volna a carcinoma kórokozója: oly tétel, a mely a mondottak után hihetetlen.

Hozzá tehetem, hogy ezen azonosság, a melyet a chronikus lobos folyamatok és a rosszindulatú új képlődés között megállapítunk, gyökerét metszi el mindazon törekvésnek, a mely a göréső segélyével igyekszik a carcinoma legkorábbi stadiumait diagnosticálni. Mert mindenkor egy, a carcinomát megelőző stadium van, a melynek sajátosságairól a histologus semmi bizonyost sem mondhat.

Igen könnyen sokkal több példáját hozhatnám fel azoknak a szolgálatoknak, a melyeket a dermatologia az orvosi tudománynak teszen. Hivatkozhatnám Hilton dr., Fagge és Leloir dr. számos munkájára; csak emlékezetből idézem azt a haladást, a melyet a májbántalmak ismerete nyert a xanthoma kutatásokból, különösen pedig azon sajátosságokra nézve, a mely diabetessele jár, s a melyre nézve Malcolm Morris szerzett érdemeket. A sclerodermiát és a Raynaud-féle betegséget Barlow dr. nevével, a varicella alkalmával fellépő börgangraenákat pedig Crocker nevével együtt említem. Neumannnak, Bécsben, köszönjük tudásunkat arra nézve, hogy a discrasiáknak bizonyos különös és végzetes alakjai összefüggésben vannak általános hólyag kitérésekkel és papillaris hypertrophiákkal és végül nem akarom önöket fárasztani, egyszerűen csak felemlítem, hogy az általános kórtan mindenkoron köszönettel tartozik Unnának, a bőr kórszövettanát tárgyaló monumentális munkájáért.

Talán jogosan mondhatja magáról az angol iskola, hogy nálunk a bőrkórtan és az általános orvostudomány sohasem volt széjjel választva. Igaz, hogy nekünk volt egy Willanunk, egy Batemanunk, meg egy Wilsonunk, azonban kortársai között sok kórházi orvos volt, a ki általános gyakorlatot űzve alig művelte a dermatológiát. Addison, Gul, Hilton, Fagge, Pye Smith, Taylor,

Perry nevei feljogosítanak annak a kijelentésére, hogy a Guy's Hospital orvosai mindenkor kötelességüknek tartották a borbajokat tanulmányozni. Többé-kevésbé úgy van ez egyéb kórházakban is: a britt gyakorló orvos s a britt közönség javára szolgál. Mikor ezeket megjegyzem, remélem, hogy nem bántom meg a többi országot, a melyekről kevesebbet tudok és a hol lehet, hogy éppen olyanok az állapotok.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

A biharmegyei orvos-gyógyszerészeti és természettudományi egyet az orvosi kamarák ellen. Az orvosi kamarákra vonatkozó törvényjavaslat-tervezetet f. é. márczius 1-én és 12-dikén tárgyalta a biharmegyei orvosok és tárgyalásai eredménye az lett, hogy a törvényjavaslat-tervezet elejtése mellett foglaltak állást. Ezen irányban terjedelmes feliratot terjesztettek a belügyminister elé, melyet a következőkben ismertetünk:

A felirat első része ama kérdéssel foglalkozik, hogy a mi viszonyaink között egyáltalában szükség van-e orvosi kamarákra? A válasz tagadó. A biharmegyei orvosok nem érzik a törvényhozási szervezkedés szükségét. „Az kell, hogy az orvosi rend orvos-társadalmilag tömörüljön, szervezkedjék, hogy töltsék ki azt a keretet, melyet részére a törvényhozás biztosított, hogy igyekezzenek erkölcs-testületi fellépés által súlyt, nyomatókat, tekintélyt szerezni!” A törvényjavaslat-tervezet bírálatát csak azért terjesztik fel a miniszterhez, hogy annak hiányait kimutathassák.

Ez képezi a felirat második részét, melyet egész terjedelmében közölünk:

A javaslat mindenekelőtt a kamarába való belépésre kötelezi a gyakorlatot folytató, vagy orvosi hivatalt viselő orvosokat. Kihagyja a tényleges szolgálatú közhadserőbeli és honvéd-orvosokat, bizonyára azért, mert ezek folytathatnak ugyan orvosi gyakorlatot, de más fegyelmi hatóságuk van. Vajjon nem-e ugyanaz az eset az orvosi hivatalt viselő orvosokra nézve is, a kik közül sokan nem is folytatnak orvosi gyakorlatot? Minő consequentia az, mely az orvosok egy osztályát a kamarából eleve kirekeszti, mert supponálja, hogy orvosi praxist nem igen fűznek, fegyelmi hatóságuk már van, s ugyanakkor a kamarába belekényszerít egy sokkal nagyobb testületet, a hivatalos orvosokét, a mely talán szintén nem űz gyakorlatot, de felettes fejelem alatt egész bizonyosan áll. Ez a következetlenség azután különösen a fegyelmi eljárásnál szülni lehetetlen helyzeteket, mert pl. egy kártársat a kamara fegyelmi tanácsa 2 évi felfüggesztésre, tehát a legszigorúbb fegyelmi büntetésre ítélt, s ugyanazt a kártársat a másik fegyelmi hatóságok eme halmazata merőben érthetetlen s igaztalan, a szakasznak még stilaris házai is vannak, mert nem mondatik ki világosan, hogy csak az ilyet orvosi gyakorlatot, a ki a kamarának tagja. A 3-dik szakasz fogalmazásából ez önként nem következik, a mire annál nagyobb súlyt fektetünk, mert az ellene vétőkre alkalmazandó, s így a kamara lényegét megerősítő büntetőjogi retorsióra sehol sem akadunk.

A javaslat 4-dik szakasza a punctum saliens, mert ez írja körül, konstatáljuk: lapidaris, szinte szűkszavú rövidséggel a kamarák feladatát. E tekintetben nem lehet, de nincs is eltérés a kamara-barátok és kamara-ellenzők között arra nézve, hogy a kamarai intézmény, a mint azt részletesen fejtegettük, nem közegészségügyi, hanem orvosrendi érdekű institutio, melynek főcélját képezi „az orvosi kar közös érdekeinek képviselése s mindazon törekvések előmozdítása, a melyek az orvosi foglalkozás tekintélyének és az egyes jogos érdekeinek megővására irányulnak.”

E tekintetben az orvosi tapasztalatoknak a közegészségügy terén való érvényesítésére a fennálló eszközök módját nyújtanak, az államnak is meg van minden eszköze, melylyel az orvosi közvéleményt megnyilatkoztatásra bírja s ebből a szempontból consultativ testületet nyerendő, egy újabb, nehézkiesen működő szervezetet teremteni nem is állhat érdekében. Mi pedig azt panaszoljuk, hogy akkor, a mikor egy orvosrendi érdekű intézmény megalkotásáról van szó, ezek az orvosrendi érdekek egy „további” fejezet alatt másodrangú kérdésekké devalváltnak s ekként már a sorrend szerint mellékes jelentőségre súlyszettnek alá.

Szerény véleményünk szerint közegészségügyi tanácsadói szereplés céljából egy kamarai intézmény keretében belekényszeríteni az orvosi rendet: nem felel meg intézményeink szellemének, a cél pedig, mely a kamara-hívek szeméi előtt is lebeg, t. i. az orvosrendi érdekeknek hatályos képviselése, a javaslat keretében nem nyer érvényesülést. Jól tudjuk mi azt, hogy a közegészségügy s az orvosi érdekek parallel haladnak s a mi az egyik előnyére szolgál, emeli egyúttal a másik javát is. De ne tereljünk el a figyelmet onnan, a hova az természetszerűleg irányítandó: a közegészségügyi élet tagadhatatlan misériái felől. Ez közvetlenül az állam érdeke, melyhez támogatásunkat készséggel felajánljuk, de csak közvetett orvosi érdek, melynek győzelemre jutása nem egyedül a mi feladatunk.

Ez a szakasz végre biztosítja az orvosi rendnek a fegyelmi bíráskodást is. A collegiális élet kinövéséi ellen, melyeket egyedül az

erkölcsi nevelés fog kiirhatni, a fegyelem korlátait állítja fel, már a szónak is odiosus megválasztásával, mert sehol, a hol orvosi kamarai intézmény létezik, ezt a szót nem ismerik. Van szó becsületbírásról, de fegyelemről nincs. Általában véve e rendelkezés az, mely a kamarai intézménynek policiális jelleget kölcsönöz.

Szorul-e fegyelmezésre az orvosi rend, mely minden ténykedésében az állam intézkedéseinek ellenőrzése s a társadalomnak bíráta alatt áll, vagy sem: oly kérdés, melyre megkísérlettük a feleletet megadni. Meggyőződésünk szerint az önkéntes társulás erkölcsi ereje magasabban áll, mert megelőzni képes, minden fegyelemtől, azontúl pedig a collegiális élet torzalkodásai sokkal kisebb jelentőségűek, semhogy miattuk a megrendszabályozás eszközei volnának alkalmazandók. De vegyük csak a javaslatot: bizonyos kérdésekre nézve teljesen homályban hagy bennünket. A mint nem mondja ki, hogy csakis kamarai tag ilyet orvosi gyakorlatot, azonképp elhallgatja azt is, hogy vajjon a legmagasabb fegyelmi büntetéssel sújtott kamarai tag (21. szakasz, 4. pont) folytathatja-e tovább orvosi gyakorlatát? Az mondatik, hogy a kamarai jog felfüggesztetik, a kamarai jogokra nézve azonban csak annyi áll, hogy a kamarai tag az évi közgyűlésen választó és választható; az egyáltalában nincs tisztázva, hogy ha minden gyakorló-orvos köteles a kamara tagjává lenni, kötelesség-e ez pusztán, vagy jog is egyúttal, a midőn a kamarai jog elvesztése a gyakorlati jog felfüggesztését is jelentheti. Nem tagadjuk, hogy a kamarai kérdésnek éppen ez a pontja a legnehezebb, a legtöbb vitára alkalmat nyújtó; ez egyúttal az a pont, mely az orvosi élet függetlenségébe legmélyebben hatol be, s mely felől, a közönség szeszélyének szolgáltatja ki az orvosi rendet. A fegyelmi tanács összeállítása, eljárásának csak jelzése, de visszaélések ellen való kellő biztosíték hiánya aggályainkat csak fokozni alkalmas. A javaslatlól itt kellett volna határozottságot, világosságot várunk, a mely a helyett csak ellenmondásokra alkalmas s így senkit megnyugtató nem tudó hézagosságot nyújt.

A szervezet részlet-kérdéseire nem terjeszkedünk ki, habár itten sem titkolhatjuk, hogy az összes tevékenységnek a választmányban való koncentrálása által az orvosi rend tudományos színvonala csökkenni fog. De szenved általa a közszellem is, pedig éppen ennek élénkebb, elevenebb fejlesztésétől, liktetésétől várjuk mi, lehet: az ideálisták, a valódi eredményt, úgy az orvosi rendre, mint általában a közegészségügyi életre nézve.

A mit azonban mélyreható sérelemnek tartunk, s a melynek analógiáját hiába keressük az orvosi kamarákban, mint a mely intézménytől különben egészen elütő csapáson halad e javaslat, mert hisz kényszer orvos-egyesületet tervez, de hiába keressük a mi ügyvédi kamaráinknál is, a melynek sokban utánzata a tervezet: azaz a merev centralisatio, mely illusoriussá teszi e javaslat keretében kínált rendi önállóságot, melyet a fennálló közegészségügyi törvény amúgy is biztosít. A központi választmány megalakításáról szóló fejezet méltán kelthet aggályokat. Magát az eszmét, hogy a kamarák egymással organikus összefüggésbe hozásának, még lehetne diszcutálni, de az ellen fel kell emelnünk szavunkat, hogy az összes orvosi kamarák ezen mód tervezett képviselése közvetlen a belügyministeri megbízottak rendeltessék alá. Erre nézve nincs is példa sehol. Arra igen ismerünk példákat, hogy a kamarai delegatusok az ország legfőbb egészségügyi tanácsába meghívtnak, ott szóval bírnak, de hogy az orvosi rend állandó elnöklő kormánybiztos vezetése alatt fejlessze az ő „autonomiáját”, folytonos hatósági beavatkozás alatt álljon, s a felsőbb rendelkezés direct befolyása mellett legyen egészségügyi véleményező közeg, az orvosrendi érdekek gyámoltója, hiába is keresnők: analógiát nem találunk. Ez egy egész speciális jellegű intézkedés, mely ellenkezik a magyar liberalismus lényegével, csak üres jelszóra süllyeszti alá az autonomia igéjét, oly gyámkodás, melyre az orvosi rend sem rá nem szorult, sem rá nem szolgált. A javaslatnak ez a része a reactioner intézkedés annyi alkatrészét foglalja magában, hogy az ellen kénytelenek vagyunk óvást emelni.

Es hiába keressük az indokot, mely ez intézkedést megérthetővé, célját átlátszóvá tenné? Hatalmi terjeszkedésről, az orvosi rendnek a ministeri fennhatóság alá való rendelkezésről nem akarunk szólni. Ilyes célzatokat nem imputálhatunk annak az administriciónak, mely a közegészségügy iránt oly élénk érzékűnek bizonyult; de eltekintve az intézkedés feltétlen sérelmes voltától, nem láthatjuk be annak célszerűségét, indokolhatóságát. Annyit azonban érzünk, hogy autonomia s állandó kormánybiztos egymást kizáró fogalmak s hogy ott, a hol az orvosi rend saját belügyeit intézi, kívülről való beavatkozásnak helye nem lehet.

Mindezekben csak nagyjából érintettük azon érdemleges kifogásokat, melyeket a javaslat principiális szakaszaira nézve emelni kötelességünknek tartottuk. Azt tartjuk, hogy a javaslatból hiányzik a következetesség, hogy annak olyan házai vannak, a melyek a legfontosabb kérdéseket homályban hagyják, s — végül — az orvosi rendi élet szabadságát egyenesen veszélybe döntik. Talán egyik-másik ponton eloszlatathók lettek volna aggályaink, ha a javaslat megfelelő indoklás kíséretében kerül vala napvilágra, de ennek híjjában annál kirívóbbak a hiányok, melyekre rámutatni kötelességünknek ismertük.

Nagyméltóságú Belügyminister úr!

A midőn ekként a tervezett intézmény célszerűségébe vetett kételyeinknek nyíltan kifejezést adtunk, a midőn kifejténi bátorkodtunk, hogy ez az institutio nem szolgálna az orvosi érdekeket, pedig erre van szükség, a midőn a javaslat részleteinek hiányaira is felhívtuk Nagyméltóságod bölcs figyelmét: hálásan ismerjük el, hogy az orvosi kar iránt érzett rokonszenv és érdeklődés vezette Nagyméltóságodat e

javaslatnak véleményezés végett történt publicálásában, a mit mi mély köszönetünk kapcsán azzal viszonyoztunk, hogy legalázatosabb nézeteink s vélekedésünknek hí tükreét tártuk fel eme felterjesztésünkben. Egyetünk az orvosi kamarai intézményt, azaz a rendi képviselőnek a javaslat szerint contemplált formáját az orvosi rend érdekeivel összeférőnek nem tartja, s a midőn kijelenti, hogy csakis az önkéntes szövetkezésben látja az utat-módot az orvosi rend erkölcsi s anyagi érdekeinek hatályos megvédelmezésére, legalázatosabban arra kéri Nagyméltóságodat, hogy a javaslatot a napirendről levenni kegyeskedjék.

Pozsonyvármegye orvosai a vármegye főorvosa Lendvay Benő dr. által értekezletre hívtattak össze, mely értekezleten úgy az orvosi kamarákra vonatkozó törvényjavaslatot, valamint az országos orvosszövetség alapszabályainak tervezetét tüzetesen megvitatták. Miután meggyőződtek arról, hogy a kamarai törvényjavaslat az orvosok helyzetén nemcsak nem javít, ellenkezésképpen az őket eddig élvezett egyéni szabadságuktól megfosztja, sőt minden pozitív jog ellenszolgáltatása nélkül, az rájuk új terheket ró; hogy ezzel szemben az országos orvosszövetség, a szabadság minden megszorítása nélkül, az orvosi nyugdíj és segélyalap országos szervezését is felvette programjába: részint szóbeli szavazás, részint írásbeli bejelentéssel, a vármegyének 50 orvosa közül 47 az országos orvosszövetség, 3 pedig a kamara mellett nyilatkozott.

A „Nyitrávármegyei orvosgyógyszerész- és természettudományi egyesület” orvosi szakosztálya f. hó 15-dikén tartott ülésén vette tárgyalás alá az orvosi kamarákra vonatkozó törvényjavaslat tervezetét. Az ezen ügyben hozott határozat a következő:

Nyitrávármegye orvosi karának tagjai teljes tudatában vannak mindazon, az orvosok megélhetését és társadalmi állásának előnyeit veszélyeztető körülményeknek, melyeknek alakulása mindinkább aggasztóvá válik, s ez okból érzik a szükségét annak, hogy úgy a rendi, valamint közvetve az egyéni érdekek megóvása céljából, a közös cél eléréséhez mindenkor több sikerrel alkalmazott tömörülés, az orvosi kar tagjainak szövetkezése mielőbb bekövetkezzen.

Örömmel üdvözlünk tehát minden oly mozgalmat, mely ily szövetkezés létrejöttének útját egyengeti, s a rendi érdekekből kifolyó kötelességüknek tartják, az ily mozgalomhoz csatlakozni és azon meggyőződésüknek adnak kifejezést, hogy az ily szövetkezés teljes sikerét csakis oly módon érheti el, ha az törvényhozás útján létesítetik. A magánorvosi gyakorlatot űző, s hivatalos állásban nem levő orvosok hazánkban oly sok, az egyéni szabad akarat nyilvánulásának korlátozásáig terjedő kötelekkel vannak megterhelve, a nélkül, hogy ezekért viszonsszolgáltatásként, működésük a törvény megfelelő oltalmában részesülne, miszerint teljesen jogosult azon kívánságunk, hogy ezen oltalom elnyerése legyen a tervébe vett szövetkezésnek főcélja.

A tárgyalás alatt levő törvényjavaslati tervezet nem győzi meg az orvosi szakosztály tagjait arról, hogy a felállítani szándékolt kamarák a fentiekben jelzett cél elérését előmozdítanak.

Mert eltekintve attól, hogy a kamarák hatáskörének első feladatát a közegészségügy érdekének előmozdítása, s csak másodsorban az orvosi kar közös érdekeinek képviselete képezné; ezen másodteendőnek jelzett feladat helyes megoldását e tervezet által biztosítva nem látjuk. Nem látjuk pedig azért, mert az ily szövetkezés sikeres működésére döntő befolyást gyakorló rendtartás alkotása, melynek szabványai egyes vidékek különleges viszonyainak szoros tekintetbe vételével lennének megalkotandók, az egyes kamarák ügyköréből kivéve, ép e különleges viszony helyes mérlegelésére nem alkalmas központi választmány ügykörébe utaltatik; és mert az egyes kamarai közgyűlések közös orvosi érdekeket felölő határozatai, ha azok a szűkebb vidék fennálló körülményei által létesített kívánalmak keretét túllépő igények kielégítésére vonatkoznak, az ily igények kellő nyomtatéku nyilvánítására alkalmas fórumot nélkülözve, a törvényhatóságoknál most is szokásos átirati rendszer sorsára jutva, elposványodnak és így horderejükből veszítve, a kijelölt cél eléréséhez alkalmatlanokká válnak.

Ha tehát az orvosi kamarák hatáskörének eme sarkalatos részét, a tervezet útján elérhetőnek nem véljük, s ha a közegészségügy érdekei előmozdítását a kamarák hatáskörébe bevonandónak nem tartjuk, a kamarák létesítésének célja, a hatáskör ezen két pontjának kivonása után, csupán csak a fegyelmi hatalomra szorítkoznék.

Nem tagadjuk, hogy mint minden hivatás-ág művelőinél, úgy az orvosi kar nagyszámú tagjai között is akadnak egyesek, a kik kellő erkölcsi alap hiányában, az orvosi kar tekintélyének csorbítására alkalmas viselkedést tanúsítanak, s a kikkel szemben bizonyos fegyelmi eszközök alkalmazása teljesen jogosultnak ismerendő el; s ezen szempontból itélve, a fegyelmi hatáskör alkotása, az ily szövetkezetek létesítésénél nagyon is indokolt.

Csak hogy kizárólag a fegyelmi hatáskör létesítése a kamarák felállításának szükségét nem indokolhatja és ezen kívül alapos kételyeink vannak az iránt, vajjon a tervezetben jelzett fegyelmi eszközök alkalmazásával elérnők-e célunkat, ép azon, az orvosi karban bizonynyal csak igen kivételesen találkozó egyénnel szemben, a kik a tisztesség útjáról letérve, eszközeiket meg nem válogatva, az orvosi kar tekintélyét aláadó módon vélnek boldogulhatni, s az ily viselkedésük alapját képező erkölcsi fogyatkozások miatt, az ellenük alkalmazott fegyelmi eszközök súlyát önmagukra nézve nem ismerik el, s a legsúlyosabb büntetést, a kamarai tagságtól való megfosztást, előnyösnek tekintenek. De ettől is eltekintve, a tervezetnek azon intézkedését, mely szerint a fegyelmi tanács határozatai ellen beadott felebbezések a közigazgatási úriósághoz utaltatnak, így tehát kizárólag az orvosi rendtartás szabvá-

nyai ellen elkövetett hibák legfelsőbb fokú elbírálása, egy nem orvosokból álló, ezen rend benső viszonyait teljesen át nem értő és át nem érző testületre bízatik, magára az orvosi karra nézve sérelmesnek tartjuk.

Az orvosi szakosztály azon szilárd meggyőződésének ad kifejezést, hogy az ily orvosi szövetkezetek csakis kötelező belépés mellett bírnak kellő erkölcsi súlyal és tekintéllyel, sőt különösen a fegyelmi jog gyakorlása szempontjából csakis a kötelező belépést véli célirányosnak és abbéli meggyőződésének kíván kifejezést adni, hogy a szövetkezés eszméjét akkor véli létjogosultnak, ha az ily szövetkezés okozta kötelek és egyéb terhek viszonsszolgáltatásként, a szövetkezés céljai között az orvosok sorsának javítását, munkaképtelenségük esetében megélhetésüknek biztosítását lehetővé tevő eszközök határozott alakban nyernek kifejezést, s ezen eszközök elérése a szövetkezet tagjainak súlyos megterhelhetése nélkül tétetik lehetségessé.

Mint hogy pedig a tárgyalás alatt levő törvénytervezet, az ennek életbeléptetésével az orvosokra háramló terhek egyenértékét nem szolgáltatja, minthogy továbbá az, az orvosok rendi életének czélszerű szabályozását reményleni nem engedi, s minthogy végül e tervezet a problematikus értékű fegyelmi hatáskörön kívül, céljai közé egyéb, az orvosok jelen társadalmi viszonyai égető bajainak orvoslását nem veszi fel, a Nyitrávármegyei orvosgyógyszerész- és természettudományi egyesület orvosi szakosztálya, ezen kamarai törvényjavaslat tervezetéhez hozzá nem járul, s e tervezetnek törvényerőre való emelkedését nem óhajtja.

A moszkvai XII. internationalis orvosi congressus, a mely *Sergius Alexandrovics* nagyherceg védnöksége alatt áll, f. évi augusztus hó 19-dikétől 26-dikáig fog megtartatni.

A magyar végrehajtó bizottság a szervező bizottságtól vett adatok alapján a következőket juttatja a t. kartársak tudomására:

1. Az utazás az orosz határtól Moszkváig és vissza a határig teljesen díjtalan. E kedvezmény a nem orvos (laikus) tagokra is áll. A magyar államvasutak vonalain III-dik osztályú jeggyel a II-dik, a II-dik osztályúval az I-ső osztályon utazhatni.

2. Utlevél *feltétlenül* szükséges, ezt a rendezett tanácsú városokban a polgármesternek, községekben a szolgabíró útján kell a m. kir. belügyminisiteriumnál szorgalmazni. Tekintettel, az erre szükséges idő — esetleg 1—2 hónapi — tartamára czélszerű lesz az ezirányú lépéseket mihamarabb megindítani. Az utlevél a budapesti orosz főconsulnál (VI., Andrássy-út 46. szám) *okvetlenül* láttamozandó. (A díj 3 frt.)

3. A résztvevő tagok tagsági díj és egyéb költségei fejében 15 frtot fizetnek, mely összegnek mielőbb beküldése a magyar bizottság pénztárosához (*Demjanovich Emil* dr. Budapest, VIII., József-körút 28. sz.) annival inkább kívánatos, mert késedelem esetén a vasuti kedvezmény stb. kieszközléséhez idő nem áll rendelkezésre.

4. Utolsó határnapul a jelentkezésekre és a tagsági díjak beküldésére a magyar bizottság folyó évi május hó 31-ben állapodott meg. Ez időn túl a bizottság jelentkezéseket el nem fogadhat.

5. Hölgyek szórakoztatásáról külön hölgybizottság gondoskodik.

6. Izraelita collegák részvétele ellen semminemű nehézség fenn nem forog.

Végre figyelmezteti a bizottság a résztvevőket, hogy egészen új ruha- és fehérneműt ne vigyenek magukkal, hogy semminemű nyomtatványt még csomagolási papir alakjában sem vegyenek igénybe. Szivarok 100 drbg vámmentesek.

Miután Oroszországba a pénz szállítása és küldése megengedve nincs, a bizottság az eljárás egyszerűsítése céljából ajánlja, hogy a tagdíjakat ne Moszkvába, hanem a magyar bizottság pénztárosához küldjék be mielőbb.

Tagsági, vagy előadásokra való jelentkezéseket elfogadnak: *Dr. Pertik Ottó* egyet. tanár, lakik: Gróf Károlyi-u. 16. sz. és *Dr. Korányi Sándor* egyet. tanár, lakik: VI., Teréz-körút 1/b. Megjegyzendő, hogy az előadások bejelentésének utolsó határideje f. évi június 1-e.

Egyéb, a congressust illető híreket a bizottság tudomásuk vétele után azonnal közzétesz.

Vegyesek.

Budapest, 1897. április 23-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1897. április 4-től 1897. április 10-ig terjedő kimutatása szerint e héten ölte született 477 gyermek, elhalt 229 személy, a születések tehát 178 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 3, roncósorló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 7, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 13, agyvérömleny 5, rángások 12, szervi szívba 24, tüdő-, mellhártya- s hörgőlob és höghurut 71, tüdőgümő és sorvadás 65, bélhurut és béllob 12, carcinomata et neoplasmata alia 15, méhrák 6, Bright-kór és veselob 9, angolkór 2, görvénykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 12, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápolgatott e hét elején 2358 beteg, szaporodás 989, csökkenés 703, maradt e hét végén ápolás alatt 2344. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1897. április 9-től április 16-dikáig kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 8 (meghalt 1), himlőben —, álhimlőben 2, bárányhimlőben 15 (meghalt 1), vörhenyben 29 (meghalt 2), kanyaróban 139 (meghalt 7), roncósorló toroklobban és torokgyíkban 12 (meghalt 4), trachomában 21, vérhasban —, hökhurutban 10 (meghalt 4), orbáncban 16 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Goldzieher Vilmos dr.: A szemfenék Hutchinson-féle elváltozása. (Retinitis circinata Fuchs.) — Crainiceanu György tnr.: Az iris mögötti hályogkivonásról. — Kocsis Elemér dr.: Az asthenopia muscularisról. — **: A szintévesztés kijavítása. — Leitner Vilmos dr.: Klinikai közlemények. I. Ophthalmia electrica egy esete. II. Koponya-alapi repedés okozta elváltozások a szemben. — Irodalmi szemle. — Vegyesek.

A szemfenék Hutchinson-féle elváltozása. (Retinitis circinata Fuchs.)

Irta Goldzieher Vilmos dr., egyetemi tanár.

1887-ben alkalmam volt az „Orvosi Hetilap”-ban¹ és a „Wiener med. Wochenschrift”-ben (26. szám) egy saját szerű retinamegbetegedést leírni, mely addig úgyszólván teljesen ismeretlen volt és melyet én is még csak három egyénnél láttam. Ezen bántalom az akkor rendelkezésemre állott csekély számú észlelés dacára annyi jellemző és közös vonást mutatott és annyira lehetetlen volt a már ismert klinikai csoportokba sorozni, hogy szükségesnek véltem ezen alakot mint önálló bántalmat körülhatárolni. E közlemény végén előadandó okokból ezen bántalom megnevezésére „a szemfenék Hutchinson-féle elváltozása” címet választottam. Mivel azon folyóiratok, melyekben munkám megjelent, a szorosabban vett szaköröknek nehezen hozzáférhető s mivel a munka maga úgy látszik, meglehetősen ismeretlen maradt, bátor leszek jelen helyen leírásom főbb pontjait újból előadni és újabb rendelkezésemre álló tapasztalataimat hozzáfűzni.

Eseteimben a retina oly megbetegedéséről volt szó, melynek székhelye a retina legecentralisabb részlete volt, úgy azonban, hogy a reczehártya anatómiai és funkcionális központja, a fovea centralis ép volt. A macula lutea körül különböző nagyságú, gyakran igen nagy és különböző alakú, világos foltok voltak találhatóak, melyek némelykor mirigyszerűen („drusenförmig”) lebenyöztek, némelykor veseszerűen kiöblösödtek voltak és melyek különböző távolságban egymástól rendszeren szimmetrikusan vették körül a macula luteát, úgy hogy egymással összefolyva egy oly kört képeztek volna, melynek matematikai középpontja a fovea centralis lett volna. Így volt ez meglepő következetességgel négy megvizsgált eset közül háromban, míg a negyediknél a foltok nagyobb része a macula lutea alatt volt s fölül csak egészen kicsiny pettyek voltak. A foltok színe nem oly fehér, mint a sclera szemtükri képe, de nem is oly sárga, mint némely plaque-é retinitis albuminuricánál; de minden esetre sárgába játszó árnyalatuk volt. Pigmentszegélyük nincs, ha közelükben azonban mégis van néhány barnás-vörös festenyszemese, akkor nem chorioidealis festenyről, hanem előző vérzések maradványairól van szó. A papilla mindig rendes, lobos változásnak rajta semmi nyoma. A retina peripheriája teljesen ép lehet, de mutatkozhatnak ott is élénk fehér, kicsiny elszórtan fekvő pettyek. Rendszeren a retinalis edényeken sem láthatók elváltozások, a nagyobb temporális irányban haladó arteriák (art. tempor. super et inf.) körülhatárolják vagy keresztezik a plaque-okat; a szemtükri lelet mutatja, hogy ezen góczok közvetlen a nagyobb edények alatt fekszenek. A foltok azonban semmi esetre sem bemélyedések a szemfenékben, mivel a legélesebb tükri vizsgálattal sem lehet niveaunkülönbséget kimutatni.

A megtámadott szemek látóképessége nagy fokban lecsökkent, mint az a priori a bántalom székhelyéből következik. Centralis scotoma van jelen, a látótér határai azonban rendesek. A fényérzés úgy látszik teljesen normális, legalább is nincsen észrevehetőn lecsökkent. A bántalom korlátozódhatik egy szemre, mialatt a másik szem teljesen ép marad, vagy

pedig megtámadja az illető egyén mindkét szemét, ha különböző erősségekben és időközökben is.

A belső szervek vizsgálata különösebb változásokat nem mutatott. Az esetek egyikében sem volt kifejezett szívbántalom; a vizeletben nem volt sem fehérje, sem cukor. Eseteimben azon kívül syphilis, scrophulosis és leukémia teljes biztossággal ki volt zárható. Az éveken át folytatott vizeletvizsgálatoknál sem mutatkozott semminemű rendellenesség. Az egyetlen elváltozás, melyet ki tudtam mutatni, az üterek atheromatosisa volt és egy esetben a vizsgálat idejében embolikus lágyulás által okozott hemiplegia volt jelen. Dacára annak, hogy összes betegeim magasabb életkorban voltak, ezen intraocularis bántalom és az arteriosclerosis együttes jelenlétét — mint azt később ki fogom fejteni — nem tartottam véletlennek.

Az általam megfigyelt 3 egyén nő volt. A mi a betegség lefolyását illeti, az rendkívül chronikus és fájdalomtalan. Betegeim egyike sem tudta a betegség kezdetét megmondani. A bántalom, mint azt egy esetben láttam, évekig majdnem változatlan maradhat (eltekintve a később említendő vérzésektől). A prognózis nem tűnt fel nekem abszolút kedvezőtlennek, mivel a szemfenéki góczok felszívódásra képesek voltak. Ezt látszott bizonyítani egy akkor (1887) még megfigyelésem alatt álló eset, melynél a foltok nagy része eltűnt, egy más része a retina helyenkinti atrophijába ment át, de tükrözhető látóélesség állott be.

Összes eseteimben a lefolyás alatt vérzéseket láttam felépni a retinalis edényekből. A vérzések alakja rendkívül jellegző volt. Teljesen különböztek ama freccsenő vérzésektől, melyek pl. a retinitis albuminurica lefolyásában lépnek fel. Eseteimben csíkszerű haemorrhagiákat láttam, melyek eredetileg kevésbé telt piros színben szorosan valamely nagyobb arteria mellett, azzal párhuzamosan és kezdetben valószínűleg csak az illető edény burkában fekvettek. Ezen vérzés kezdetben oly gyengén színezett lehetett, hogy a figyelmet elkerülte, csakhamar azonban növekszik, a plaque-ok egy részét ivben körülveszi és mint egy esetben láttam, oly nagyfokúvá válhat, hogy az egész üvegtest átívódik, a látóképesség pedig a fényérzésig süllyed. Egynehány hóval rá azonban ezen hatalmas vérzés több plaque-kal együtt felszívódott, a látóképesség tetemesen javult.

A mi ezen bántalom bonczani jellegét és genesisét illeti kimutattam annak idején, a mennyire persze gócsövű lelet hiányában lehetett, hogy sem chorioiditisről, sem pedig colloid kinövésekről nincsen szó. Azt, hogy exsudatív chorioidalis folyamat nincs, mindennekelőtt a festeny hiánya, a fentemlített góczok körül bizonyítja, azután a góczok felszívódási képessége, végül azon körülmény, hogy a fényérzés mindig normalis volt. A colloid kinövések felvételének, milyenek éppen ezen időben Niden, Hirschberg s másoktól újból behatóan le lettek írva, a szemtükri vizsgálat szölt ellene. Ezek szerint azon következtetést kellett vonnom, hogy csak a retina oly bántalmáról lehet szó, mely nem lobos természetű, mint az a papilla és a szemfenék peripheriájának normalis voltából kitünik. „Ha a góczoknak tükörrel megállapított fekvését vesszük irányadónak, úgy a folyamat csak a retina középső vagy hátulsó rétegeiben lehet localizálva. A betegségünknek oly gyakran fellépő vérzések továbbá azt engedik sejtetni, hogy ütérmegbetegedés főleg fenn, mely esetleg az egész folyamat kelet-

¹ Lásd még Bpesti kir. Orvosegyesület évk. 1887. évf. 91. 1.

kezésével oki összefüggésben van. Ha most az intact fovea centralis körüli sajátzerű, köralakú csoportosulást tekintjük s azután a macula luteában való edényelágazódást (l. *Becker Ottó*: Archiv. f. Ophthalm. XXVII. 1. füzet) tartjuk szemünk előtt, ama gondolat tűnik fel, hogy a fehér góczok elrendeződése és az edénytörzs anatómiai elágazódása közt a macula luteában szorosabb összefüggés van. Tudjuk, hogy azon szövetben, mely a retinához legközelebb áll és melynek a retina fejlődéstanilag csak része, t. i. az agyban fehér lágyulós folyamatok fordulnak elő oly egyéneknek, kik arteriosclerosisban szenvednek, a nélkül, hogy szívhiba volna jelen, mikor is a góczokban a hajszál-edényeket és legkisebb üteket egyenletesen finom szemcsés anyaggal kitöltve találjuk, a nagyobb üterek lehetnek eltömülve vagy szabadok (*Recklinghausen* Allgem. Pathol. 346. oldal). Hogy a retina edényein arteriotikus folyamatok előfordulnak és a legkülönbözőbb szövetelváltozásokat hozhatják létre, régen ismeretes és *Wedl* és *Poncet*, később pedig *Morbus Brightii*-nél *Károly bajor herceg* által lett praegnansan bizonyítva. Nem utasíthatom el azon gondolatot, hogy eseteimben is a retinalis üterek megbetegedése forgott fenn, és pedig a macula lutea arterioláinak eltömülésével és ugyanezen helyeken lágyulós góczok képződésével, melyeknek az edénytörzs anatómiai elágazódásának megfelelőleg kell elrendezve lenniök. Persze ez csak feltevés marad, míg bonczleletre nem támaszkodhatunk. Azon kérdésre sem tudok válaszolni, miért oly ritka éppen ezen retinalis lelet az arteriosclerosis különben gyakori voltánál. Ezen kérdés végleges eldöntése a jövőé; a jelenben az a feladatunk, hogy a kérdés felvetésétől ne rettejünk vissza és az eldöntésre szolgáló anyagot összeállítsuk.

A fátyol, mely az általam „a szemfenék Hutchinson-féle elváltozásának” nevezett retinabántalom fölé volt terítve, midőn eme soraimat írtam (1887), még ma sincs fellebbentve, mert most sem támaszkodhatunk bonczleletre, mely persze egy csapással megszüntetné a bizonytalanságot. Ezzel szemben a bántalom casuistikája tetemesen gyarapodott. Miután ugyanis munkám majdnem teljesen feledésbe ment s csak *Vossius*-tól lett említve ismert kitűnő tankönyvében s alkalomadtán *Hirschberg*-től, azon örömben részesültem, hogy megfigyeléseimet nagyjában *Fuchs* tanártól megerősítve láttam. *Retinitis circinata* című munkájában (Arch. f. Ophthalm. 49. köt. III. rész 229—279. oldal) behatóan ír le s kiváló ábrákkal illusztrál egy reczehártyamegbetegedést, mely az én „Hutchinson-féle szemfenékelváltozásom”-mal majdnem minden részletében identikus, *Fuchs* oly szerencsés helyzetben volt, hogy sokkal nagyobb anyagon végezhetné vizsgálatait, mint az nekem 1887-ben rendelkezésemre állott; 12 esetet volt módjában érvényesíteni leírásában, míg én annak idején ennek csak harmadrészt láttam. De leírásaink örömdetes módon annyira egyeznek, hogy a ki elolvassa, azonosságukban nem kételkedhet. *Fuchs* sem kerülheti el, hogy rövid kivonaton, melyet a 273. lapon közöl, a megegyezést el ne ismerje; fájdalom, a következő sorokban ezen elismerést korlátozza, a mennyiben az azonosság létesítését az által látja veszélyeztetve, hogy én különösen kiemeltem volna a macula lutea éppen maradását. Munkám minden olvasója előtt hamar tisztává válik, hogy *Fuchs* ezen állításánál csak sajnos tévedés forog fenn az ő részéről. Nemesak, hogy nem hangsúlyozom, hogy a macula lutea a jellemző foltoktól ment marad, de ezen szavakkal kezdem leírásomat: „eseteinkben oly retinamegbetegedésekről van szó, melyeknek székhelye rendszeren ezen hártya legközpontibb részlete”, mi alatt minden medikus a macula luteát fogja érteni.¹ A mi a foltoktól ment marad, nem a macula lutea, hanem központja a fovea centralis. Hogy ez, legalább friss és nem komplikált esetekben, így van, azt nem csak eseteimre utalva mondhatom, de egy classicus ábrával, mely *Fuchs*-tól magától származik, igazolhatom. Az ő 3-dik ábrája az V. táblán egy tipikusnak tekinthető eset illusztrációját mutatja, melyet, bár csak 1893-ban lett közölve, 1887-ből származó leírásomhoz mellékelni lehetett volna. Ezen szemtükr

képen a plaques-okat a macula lutea ép központja körül csoportosulva látjuk, míg középpontjukban a teljesen normalisnak látszó, a fovea centralist jelző barnás-vörös folt látható. Nem tartom lényegesnek, hogy a plaque-ok, nem mint én legtöbbszörire láttam matematikai körben, hanem inkább ellipszisben vannak elrendeződve, annál is inkább, mert ugyanazon tábla 5-dik ábráján a foltöv köralakja ismét előtérbe lép. A mi a macula lutea legközpontibb részének éppen maradását illeti, nemcsak *Fuchs* fennidézett 3-dik ábrája bizonyítja, de hivatkozhatom egyszersmind *Wecker* leírására, mely az esetek nagyobb számán alapszik, mint *Fuchs*nak rendelkezésére állott. *Wecker* egyik munkájában, melyre még visszatérek, különösen hangsúlyozta a legcentralisabb retinarészlet menten maradását, a mennyiben ismételtén biztosítja, hogy a fehér foltok öve erre nem terjeszkedik ki.

Adataim egyezése *Fuchs*-éival, különben nemcsak a lefolyás, a miről később lesz szó, hanem még a korra is kiterjed, de még oly körülményekre is, melyek előttem mellékeseknek tűntek fel, mint pl. a betegek neme, a mennyiben mindkettőnk esetei túlnyomólag nőkből állott (első három betegem véletlenül mind nő volt, míg az azóta általam megfigyelt hat eset közül három férfi volt). A vizeletvizsgálat mindkettőnkénél negatív volt; újabb eseteim egyikében azonban nagyobb cukormennyiség (4.5%) volt jelen.

Magától értetődik, hogy egy annyira idült bántalomnál, melynél a lefolyás retinalis vérzések által minden perczben befolyásoltatik, idővel oly elváltozások léphetnek fel, melyek az eredetileg annyira jellemző képet lényegesen módifikálják vagy egészen eltörlik. Így magyarázhatók az eltérések a leírásokban, melyekhez még mások is fognak társulni, ha majd nagyobb casuistika fog rendelkezésünkre állani.

Hogy csak egy pár pontot említek meg, melyeket eltérően *Fuchs* leírásától nélkülöztem, mindenekelőtt a porszerű üvegtesthomályokat és a *Fuchs* által a bántalom következményes állapotaként leírt lerakódásokat és kötőszövetes vastagodásokat a reczehártyán akarom felhozni. Az üvegtestet én, ha nem volt vérzéstől infiltrálva, mindig kifogástalanul tisztának találtam, s a mi a reczehártya-lerakódásokat illeti, azokat én oly kevésbé találtam meg, mint *Wecker*, kinek ezen bántalom 15 esetét volt alkalma megfigyelni. De ez esetekben oly complicatiókról van szó, melyek ezen a reczehártya súlyos vérkeringési zavaraitól függ s rendkívül idült bántalmánál könnyen előfordulhatnak, gyakoriságuk s szabályosságuk azonban csak több kutató egyesült munkája által lesz megállapítható.

Bátorkodom most ezen helyen a kórkép azon módosulásait megbeszélni, melyeket további hat eseten észleltem 1887 óta s melyek, habár igen jelentékenyek, mégis beleillenek ama keretbe, melyet fentebb leírtam s melyek nézeteimet ezen bántalom lényege felől megerősíthetik.

A bántalom egy igen fontos módosulása úgy áll elő, hogy a jellemző foltos öve tökéletlen marad, úgy hogy csak néhány élénk-fehér színe s éles, sokszorosan csipkézett széle által kivívó különös nagyságú plaque van a macula lutea felső vagy alsó határán ivben elhelyeződve. Nincsen tehát foltöv csak foltív. Ezek azon esetek, melyek esetlegesen annál is inkább téveszthetők össze retinitis albuminuricával, mivel szintén vannak retinalis vérzések, oly tévedés, mely a prognosist quoad vitam egyáltalában nem közönyös. Ezen módosulás két esetében megvédett az összetévesztéstől a foltok jellemző külmen s helyzetén kívül a vizeletvizsgálat, mely teljesen negatív volt; a lobosan absolute nem változott papilla, az endarteritikus retinalis edények általános arteriosklerossissal párosulva; végül a tetemesen csökkent látóélesség (centralis scotoma folytán), mely a retinitis ex morbo Brightii még előhaladott eseteiben sem gyakori s mely csak úgy magyarázható, hogy a macula lutea legcentralisabb része daczára annak, hogy szemtükr elváltozás hiányzik, a (feltételezett) vérkeringési zavar által működésében meg van zavarva.

Ha oly esetek fordulnak elő, hol a foltöv csak durvánosan van kifejlődve, viszont oly eseteket is látunk, hol a foltöv rendkívül szép és gazdag kifejlődés mellett helyét változtatta. A foltok t. i. nem fekszenek szimmetrikusan körben

¹ Még jobban bizonyítja ezt az eredeti magyar szöveg, a melyben mindig a „centralis reczehártyarészlet” helyett „macula lutea” előfordul. (Lásd Budapesti kir. Orvosegyesület 1887. évkönyve, 93. l.)

vagy ellipsisben a fovea centralis körül, hanem feltűnő pontossággal követik valamely nagyobb retinalis ütérfutását, s ez esetben az ütérrrel együtt a peripheriára kiterjednek. Emellett azonban ezen foltövevel szemben a centralis retinarészletekben lehetnek egyes nagyobb jellemző plaque-ok jelen. Egy esetemben két foltöv volt jelen, melyek egyike, valamivel a papilla alatt kezdődve, az arteria temporalis inferiort, másika az arteria nasalis inferiort kísérte s a temporalis foltövevel szemben csak néhány nagyobb göcz, a nasallal szemben számos vérzés volt. Ezen lelet, a mennyire ez bonczatani bizonyíték nélkül lehetséges, biztosan a mellett szól, hogy a foltöv az edényrendszerrel függ.

Fell kell ugyanis vennünk, hogy a kisebb, szemtükrileg nem látható elágazódások azok, melyek kerületében ezen tőlünk fehér lágyulásnak mondott degeneratio székel. Különbözik nem volna ok képzelhető, hogy a foltöv anatómiai pontossággal épen csak a nagy edények mentén lép fel. Ezzel azonban nem mondtuk azt, hogy a retina más edényszerű helyein nem jöhetne létre ily elfajulási göczök. Mint azt saját és idegen észleletek alapján következtethetjük, tényleg a retinán mindenütt előfordulhatnak, kivéve az egy teljesen edénytelen helyet, melyre előbb utaltunk — fovea centralist. Az, hogy a jellemző foltok bizonyos helyeken övszerűen rendeződnek el, egyrészt a megbetegedett edényterület anatómiai viszonyain, másrészt a folyamat kiterjedésén alapszik. Azon esetekben pl., hol az egész a fovea centralist körülvevő edénykoszorú meg van támadva, a bántalomnak ama classikus képe fejlődik, mint azt Fuchs már többször idézett 3. ábrája mutatja, míg vannak egyes esetek, hol a bántalom úgyiszlólván csak pontszerűen jut kifejlődésre. Ezek azon esetek, hol csak egyes, igen kicsiny fehér pettyet látunk a retina peripheriáján, mely pettyek különben a foltöv tipikus kifejlődésénél is ritkán szoktak hiányzani, mit a kettő közös eredetének bizonyítékával fogok fel. Sőt egy esetben a nagy fehér, sokszorosan csipkézett és normalis szemhátteri piros színt magába foglaló foltok által képezett öv helyett egy számtalan élénk-fehér, sűrűn elszórt pettyek és csikokból álló öv volt jelen, mely körben vette körül az ép fovea centralist, egy ritka szépségű kép, mely a Mooren-féle retinitis punctata albescens-re emlékeztet, mely alkalommal különösen akarom hangsúlyozni, hogy a fehér pettyeket szintén úgy kell felfogni, mint optikai kifejezését a retina szövetének zsiros (fehér) lágyulásból álló elfajulásának.

A leírt reczehártya-elváltozásoknak valamely edényrendszeri megbetegedéstől való függése eseteimben teljes biztossággal volt megállapítható. Összes általam vizsgált 9 betegnél az arteriosclerosis klinikai symptomái exquisit módon voltak megállapíthatók. A sklerotikus folyamat legtöbbszörre az egész aortarendszerre kiterjedt; egy nőbetegem (az első, kinél ezen kórformát megfigyelhettem) apoplexiában halt el, egy második a megfigyelés alatt hemiplegiában szenvedett, melyet a consiliumra hívott ideg orvos* embolicus eredetnek jelentett ki. Egy 43 éves férfi az általános arteriosclerosis klinikai tüneteit különösen nagy mérvben mutatta, azonkívül pszichikai zavarok s hűdések voltak nála, melyeket az ideg orvos* mint atheromás eredetű diffúz agylágyulás következményét magyarázott. Az utolsó általam vizsgált 32 éves nőbetegnél nagyfokú általános elzsírosodás és anaemia volt jelen. Ha Fuchs kételyének ad kifejezést, hogy ezen reczehártya-elfajulás az arteriosclerosis-sal áll kapcsolatban, a mennyiben azt hiszi, hogy ezen bántalom csak idős egyéneket ér, kik amúgy is többé-kevésbbé arteriosclerosisban szenvednek, úgy ezen némileg indokolt kétely nem áll az utóbb említett betegekre, kik még fiatalok voltak és az első a szemhátterben a különböző endarteriitikus elváltozások legszebb képét mutatta. Eltekintve azonban az arteriosclerosis általános klinikai tüneteitől a betegek mind mutatták a retinalis edényrendszer megbetegedésének szemtükrí tüneteit: egyeseknél az edények legnagyobb fokú kanyarulatossága volt jelen; a kisebb üterek dugóhúzó-szerű kanyarutai; az edényfalzat periarteriitikus megvastagodásai egészen az edénynek finom fehér köteggé változásáig, tehát a lumen teljes obturációjáig. Hol az edény külseje kez-

detben nem tért el a normalistól, később csikyszerű vérzések léptek fel, melyek az edényfalzattal párhuzamosan terjedtek, ezek megbetegedésének csalhatatlan klinikai bizonyítékául. A mi a retinalis vérzéseket illeti, már előbb említettem, hogy oly profusokká válhatnak, hogy az egész üvegtest átívódik és a retina szövetének tetemes része tönkre mehet. Ha az üvegtesti vérzés végre felszívódik, a retina központjában oly nagyfokú elváltozásokat találunk, melyek az eredeti jellemző kórkép teljes eltörléséhez vezethetnek. A fovea centralis és legközelebbi szomszédságának teljes épsége kétféleképp károsodhatik: 1. az említett retinalis vérzések által, melyek felszívása után egy oly terület marad vissza, mely a centralis vérzések után fellépő reczehártya-sorvadás ismert képétől semmiben sem különbözik, s ez lehet a gyakoribb lelet; továbbá mint Fuchs leírásából kitűnik: 2. vérzések nélkül is és pedig a reczehártya-központ sajátos szürkés elszínesedése által (a foltövön belül), mely bizonyára a maculát tápláló edénykoszorú folyton tovább terjedő obturációja által okozott táplálkozási zavarokra vezendő vissza s végül atrophiat hoz létre. Legalább így állapíthattam meg egy nőbetegemnél, ki már 10 év óta áll megfigyelésem alatt s kinél a jobb szemén előbbi, a bal szemén utóbbi módoszat volt jelen. Daczára annak, hogy még egy 2 év óta lassan haladó leneschemályosodás is van jelen, a betegnek még annyi látóképessége van, hogy szobáiban, daczára a reczehártya-központ sorvadása által létrejött centralis scotomának, jól el tud maga igazodni.

Hogy a „retinitis circinata“-nál előforduló fehér lerakódások függnek a retina vérkeringési zavaraitól, azt Wecker is egész határozottsággal állítja. Egy igen figyelemre méltó munkájában „faut-il différencier la rétinite circinée ou dégénérescence blanche de la rétinite apoplectiforme?“ (Archives d'Ophthalmologie 1894 janvier) kiemeli, hogy ő és Masselon sohasem nélkülözték ezen bántalom szoros összefüggését (correlation intime) retinalis vérzésekkel. Első esete 1891-ben lett közölve Masselon Ophthalmoscopie clinique-jében. Régi esetekben sohasem hiányoztak a haemorrhagiák, melyek a foltgyűrű mentén futottak le, ugyanígy midőn perivasculitis is van jelen. Ha Wecker azonban azt hiszi, hogy a fehér foltok mindig a vérömlenyekből képződnek (bár direkt átalakulást sohasem tudott megállapítani), s hogy a vérzésektől átitatott szövet átalakulása folytán létesülő zsiros degenerációról van szó, úgy ki kell emelnem, hogy ezen nézet megfigyeléseimben támpontot nem talál. Ellenkezőleg azt állítom, hogy a foltöv mindig megvan a vérzés előtt, s hogy a vérzés távol attól, hogy plaque-okat létrehozzon, azokat eltörli vagy elroncsolja. Az általam megfigyelt esetekben a haemorrhagikus göczökből sohasem fejlődött más, mint egy a vérzés nagyságától függő atrophikus részlet s vörösbarna festeny, mely toto coelo különbözik az eredeti plaque-októl. A többire nézve el kell ismernem, hogy Wecker leírásaival (ki előtt, sajnos, munkám a W. med. Wochenschrift-ben ismeretlen maradt) minden pontban megegyezem, bár arra a kérdésre (faut-il différencier stb.), mely munkája czímét képezi, okvetlen igennel felelek. Ha meggondoljuk, mily gyakoriak a retina apoplectiformis megbetegedései a „retinitis circinata“ név alatt leírt retina-elfajulás rendkívüli ritkaságához képest s ha magunk elé képzeljük ezen bántalom oly jellemző képét, azt kell mondanunk, hogy oly bántalommal állunk szemben, melyet önálló hely illet meg, bár oly októl függ (arteriosclerosis), mely elég gyakran hozhat létre másféle klinikai tüneteket s szemtükrí képeket. Hiszen nem az első eset ez a pathológiában, midőn ugyanazon ok az egyéni körülmények s rendszerint ismeretlen melléktényezők behatása alatt egészen különböző kórképeket hoz létre. Nem akarom tagadni, hogy az apoplectiform reczehártya-loboknál is fordulnak elő itt-ott egyes plaque-ok, valamint azt sem, hogy ezen plaque-ok a szövet „elzsírosodása“ folytán fejlődnek; hiszen én is láttam, mint fennebb említettem, durványos alakokat, hol t. i. nem teljes kört, hanem csak körszelvényt képező foltöv volt jelen. A pathológiában ritkán vihető keresztül az éles elhatárolás, a mi azonban nem fog tartóztatni abban, hogy bizonyos folyton ismétlődő s nekünk tipikusnak látszó tüneteket egy csoportba ne foglaljuk össze.

* Donath dr. m.-tanár úr.

Nem kerülhetem el ez alkalommal, hogy röviden meg ne említsek egy sok irányban igen tanulságos esetet, melynél a retina egészen szokatlan s specialis körülmények által élesen határolt helyén alakilag valódi „retinitis circinata“ képződött:

St. G., 30 éves, két év előtt poliklinikai osztályomra jött azzal a panasszal, hogy rosszul lát. Mindkét oldalon retinitis haemorrhagicát találtam tiszta közegek mellett. A belső szervek, különösen a szív vizsgálata egész rendes viszonyokat mutatott, a vizelet normalis volt. Az anamnesis azonban kiderítette, hogy a beteg két évvel ezelőtt syphilitikus fertőzést kapott s a közkórház bujakóros osztályán kezeltetett. Én tehát diagnosisul a retina edényeinek bujakóros megbetegedését mondtam s kórházi ápolást és inunctiós curát ajánlottam. A beteg (bérkocsis) ebbe nem akart beleegyezni s egy ideig nem mutatta magát. A mint újra megjelent, a jobb szembeli vérzések tömegesebbek voltak s a látóképesség erősen csökkent; a bal szemben iridochoroiditis társult volt a bántalomhoz, mely igen gyorsan s rosszindulatúan folyt le s nemsokára teljes vakulásra vezetett (kör alakú pupilla-elzáródás, cataracta s valószínűleg ablatio retinae). Most végre rá lehetett venni a beteget, hogy vétesse magát fel egy szemészeti osztályra, hol rajta érlyes bekenési curát végeztek. Midőn a beteget újra vizsgáltam, a látóképesség a jobb szemben újra helyreállott. $V = \frac{5}{6}$ finom nyomást 15 cm.-ről folyékonyan olvas, a törő-közegek teljesen tiszták, a papilla élesen határolt, de a reczehártyán a következő sajátos elváltozások voltak: A nasalis papillaszél közepéből diagonalis irányban le- és befelé egy körülbelül $\frac{1}{2}$ papillányi széles, hatalmas élénkfehér új képződmény indul ki, mely az edényhilussal és a nagyobb edénytörzsekkel egy vékony, átlátszó felrakódás útján függ össze s mely kiinduláspontjától körülbelül két papillatávolságban két hegyes szögben álló léczre osztódik, mely léczek, mintán egy darabig lefelé húzódtak s különböző mellékágakat küldtek az üvegtestbe, újra egyesültek ivalakban, úgy hogy az egész kötőszövetes, léczszerűen az üvegtestbe benyomuló új képződmény egy palaczkszerű testet ábrázol, melynek elülső, a néző felé fordított fala ki van vágva. A „palaczk“ öblös falai e szerint a reczehártya-körzet meglehetősen nagy területét határolják körül. A palaczk nyakán (azaz a papillaris széltől kiinduló léczen) keresztül újonnan képezett edényköteg húzódik át, melynek főtörzsei a palaczk falain egészen apróra elágazódnak s fenekét ivalakban körülveszik, mely iv legkülső kacsái előre emelkednek (azaz a néző felé) s az üvegtestben szétszálnak. Ezen a palaczk falai és a mellette futó edényivtól körülhatárolt reczehártyaterületen egy idő óta valódi „retinitis circinata“ lépett fel, a mennyiben az újonnan képezett edénykoszorúval párhuzamosan és attól befelé egy fehér foltokból és pettyekből álló öv keletkezett, mely úgy egyes részeiben, mint elrendeződésében teljesen a perimacularis öv jellegével bír s ennél fogva egy „retinitis circinata“-t ábrázol en miniature. Jelen esetben biztosan oly reczehártya-részlet degenerációjáról van szó, mely újonnan, de syphilitikus alapon képzett, tehát beteg edényektől tápláltatik, valamint a foltvnek az edényív kanyarulataihoz való odafekvése a plaque-oknak a főtörzsektől elágazódó capillaris kacsoktól való függését jelzi. A jellemző foltfelhalmozódás genesisének bizonyítására szebb képet még kísérleti úton sem lehetett volna előállítani.

*

Hogy jelen munkámat ne terjeszsem túlságos bőre, nem akarok differentialdiagnostikai tárgyalásokba bocsátkozni, melyek annak, ki Fuchs szép ábráit tanulmányozta, vagy az itt szóban forgó bántalom egy esetét megfigyelte, aligha lesznek szükségesei.

A „Hutchinson-féle elváltozás“ annyira különbözik minden góczképződéssel és izzadmánnyal járó retinalis bántalomtól, hogy összetévesztés alig lehetséges. Ellenben különösen fel kell hívnom a figyelmet a *diabetesnél előforduló retinadegenerációra*, mely betegségünkre nagyon hasonlít, sőt vele rokon bántalom.

Hirschbergnek a diabetesnél előforduló reczehártya-központ degenerációjáról egy kitűnő leírást köszönhetünk. (Centralblatt f. pr. Augenheilk. 1889, 23. oldal.)

Ezen betegség első főalakja abban áll, hogy kicsiny, világos, fénylő góczok halmozódnak fel a retina szövetében a nagy edények alatt a macula lutea környékén. A góczok körökké rendeződnek a macula lutea környékén. Vérzések gyakoriak. Ezek arra utalnak, hogy diabetikus egyéneknél a retina edényei súlyosan megbetegedhetnek, mit Hirschberg is kiemel, és azon felvételt engedik meg, hogy a góczok a retinában az edénymegbetegedés következményei. A „Hutchinson-féle elváltozás“ és a Fuchstól retinitis circinata néven leírt esetekben a vizeletben rendszerint nem lehetett semmi rendellenest kimutatni. Kivételt képez egy esetem, hol a retinának kifejezett endarteriitikus és endophlebitikus elváltozásain kívül diabetes is volt jelen; a cukortartalom a 4% -ot meghaladta. Ezen esetet felvettem casuistikámba, mert a retina elváltozásai igen jellemzőek voltak. Ezzel szemben egy másik esetemet, bár a retinitis circinatahoz közel áll, külön akarom tárgyalni, mivel Hirschberg a retinaközpont diabetikus degenerációját mint jól körülhatárolt kórképet már leírta s ez talán ezen csoportba tartozik.

B. B. úr, 63 éves, Budapest, körülbelül 10 éve szenved diabetesben. A baját pontosan megfigyelő intelligens beteg adatai szerint a legnagyobb cukormennyiség 2.5% -ot tett ki. Már évek óta lát rosszul, a betegség kezdetére vonatkozólag nem tud adatokat nyújtani. Először láttam 1895. december 29-én ambulantiámon.

O. S. M $2.0 D V = \frac{5}{18} - \frac{5}{12}$; + 2-vel Schweigger 0.75 -öt nehezen és keresve olvassa (kicsiny centralis scotoma). A macula lutea körül jellegzetes fehér foltokból és pettyekből álló öv. A körzeten egyes kisebb vérzések.

O. D. M $2.0 D V$ alig $\frac{5}{60}$, nagy centralis scotoma, a legnagyobb betűket, még convexüvegekkel is, csak nagy fáradsággal tudja felismerni. Törőközegek tiszták, a macula alatt fehér, egymással összefolyó, nem festenyzett góczokból álló kör, a retina körzeten néhány kisebb vérzés.

A vizeletben cukornak és fehérjének csak nyomai. Belső vizsgálat: emphysema pulmonum, mindkét hang a gyomrocokban jól határolt, az aorta első hangja tompa, a második normalis, a pulmonalis mindkét hangja rendes. A nagyobb ütőtörzseken nincsenek különösebb elváltozások, az arteria temporalis nagy fokban rigid és kanyargós.

Az utoljára 1896. szeptemberében megéjtett vizsgálat nagyjában ugyanazt mutatta. Most is csak nyomai vannak a cukornak a vizeletben, de valamivel több a fehérje.

Ha a saját és idegen megfigyelések alapján valószínű kell összefoglalnom nézetemet az általam „Hutchinson-féle elváltozás“-nak s Fuchstól „retinitis circinata“-nak nevezett bántalomról, ez a következőkben foglalható össze:

Oly bántalomról van szó, mely már kezdetől fogva nagy látási zavarokkal jár, melyek centralis scotoma által okoztatnak. A látási zavar okául a reczehártya központján degeneratio található. Ez fehér, sohasem festenyzett szélű foltok és pettyekben nyilvánul, mely foltok kör alakban vannak az eredetileg ép fovea centralis körül elrendeződve s e mellett a papilla lobos elváltozásának minden tünete hiányzik s a szem törőközegei teljesen átlátszóak. A retina edényei betegek, a leggyakoribb complicatio a vérzés. A bántalom idült, kimenetele ritkán kedvező. A reczehártya-központ gyakran teljesen elsovad, teljes megvakulás azonban nem áll be, mert a retina körzete működésképes marad. A bántalom arteriosklerosissal van párosulva s valószínűleg a retina szövetének disseminált fehér lágyulásán alapszik.

*

Az előzőleg tárgyalt kórképet 1887-ben „a szemfenék Hutchinson-féle elváltozása“ név alatt írtam le, mivel az irodalom pontos áttanulmányozása után semminemű adatot vagy ábrát nem találtam, melyhez megfigyeléseimet hozzáfűzhettem volna, míg Hutchinsonnak a „Ophthalmic Hospital reports“ 8-ik kötetében foglalt közleményére nem bukkantam, mely ez irányban előttem felhasználhatónak tűnt fel. J. Hutchinson Warren Tay szemtükri leletei alapján „Symmetrical central chorioidoretinal disease occurring in senile persons“ czímen egy megbetegedést ír le, melyet következőképen jellemez: idősebb,

különben egészséges egyének támadtatnak meg, főleg nők; kivétel nélkül mind a látóképesség tetemes csökkenésében szenved (centralis scotoma). A papilla normalis, ugyanígy a retinalis edények. A retina közepén elváltozások vannak, melyek sárgás-fehér fénylő (opaleskáló) foltokból állanak, melyek egymással összefolyhatnak és azután szabálytalan szélű plaque-okká válnak. A foltok festenyitől nincsenek szegélyezve, hol festeny van, ez vérzések maradványa, melyek rendszerint előfordulnak. Különösen a sárga folt táján gyakoriak a vérzések. A retina körzete ép.

Már első munkámban igyekeztem bizonyítani, hogy Hutchinson eseteiben nem lehet szó chorioretinitisről, hanem hogy a bántalom székhelyét a retina középső rétegeibe kell helyezni. Azt is igazoltam, hogy ezen leírások nem illenek a chorioidea ú. n. colloid kinövésére. A ki ezen bántalom kitűnő leírásait, melyek német s igen megbízható kutatóktól, mint Leber (Graefe-Saemisch V., p. 752), Nieden (Centralblatt f. pr. Augenheilk. 1878, p. 9), később Hirschberg (Centralblatt f. pr. Augenheilk. 1889, p. 258) származnak, olvasta s ezeket Hutchinson kórtörténeteivel szembeállította, annak el kell ismernie, hogy egész másnak kellett szóban forognia, legalább is — ezen bántalomnál nem gyakori komplikációknak. Így pl. az első esetben egy nagy fehér folt volt jelen a macula lutea tájékán, behajtott és félholdalakúlag kivágott szélekkel, festenyszegély nélkül, a mely egy nagy haemorrhagikus gócz mellett feküdt. A második esetben a reczehártya-központ sárgás-fehér foltocskákkal volt tarkázva, melyek a papilla közelében sűrűn összefolytak; úgy látszik, az edények mentén is nagyobb elzsírosodások voltak jelen. A harmadik esetben számtalan kerek, *halványfehér* foltot találunk, melyek sűrűn egymás mellé sorakozva, egyes helyeken összefolynak, szintén festenyszegély nélkül s a papillát és a macula luteát egy ovalis gyűrűbe foglalják. A negyedik esetben igen kicsiny fehér foltok tömegét találjuk, melyek az egész szemfenék területén vannak elszórva, legsűrűbbek a retina közepén, ugyanitt összefolynak és egy nagy fehér góczot képeznek. Kiemelendő, hogy a góczok részben fénylő fehérszínűek s teljesen pigmentmentesek. A nyolczadik esetben ismét fehér foltok vannak, melyek azonban a nasalis retinafélen vannak s itt újra kiemelendő az övalak. A kilenczedik esetben számos kicsiny fehér gócz van a retina közepén papilla és macula között és utóbbit csekély kiterjedésben körülveszik (ismét az övalak), a tizedik esetben sárgás-fehér góczok vannak, hol az övszerű elrendezés tűnik ismét fel. Ezen képeket, különösen a nagy élénkfehér festenyzetlen góczokat a macularegióban nem vonatkoztathatjuk a „colloid-kinövés” (Colloiddrusen) név alatt ismert elváltozásokra, melyekről pl. Haab szemtükri atlaszában (54. ábra) kitűnő képet nyújt és melyeket ő „egészen ártatlan elváltozásoknak” nevez, míg Hutchinson eseteiben nagyfokú látási zavarok s centralis scotoma volt jelen. Még ha fel akarók tételezni, hogy Hutchinson eseteiben a colloid-kinövés kombinációja volt jelen a retinaközép agkori elváltozásával, mint azokat Hirschberg leírta, sem bírjuk a bemutatott kórképeket megmagyarázni. A senilis degenerációt többször volt alkalmam látni, de egy esetben sem találtam nagy, élénkfehér, festenyzetlen, szabálytalan szélű góczokat a retina közepén és mely kép szerintem a retinitis circinata atrophicus stadiumára illik. Ha különben Nettleship munkáját (Diseases of the eye p. 189, Hirschberg után idézve) a Warren-Tay-féle betegségről olvassuk, el kell ismernünk a nagy különbséget e között és Hutchinson fentidézett esetei között. Mai napig is tehát azon álláspontot kell elfoglalnom, hogy Hutchinson képei nem vonatkozhattak az érhártya colloid elváltozásaira, mint azt munkámban 1887-ben határozottan hangsúlyoztam; az, a mit azóta Angliában Warren-Tay-féle betegségnek neveznek, nem fűdi ezt. Ezen ellenmondást csak úgy tudom megmagyarázni, hogy felveszem, hogy az angol szerzők kezdetben colloid elváltozások és a reczehártya közép-arteriosklerotikus elváltozásainak kombinációját látták és az utóbbiaknak az előbbi relativ gyakoriságához viszonyított rendkívüli ritkasága miatt a főszólyt a colloid elváltozásokra helyezték és ezt vették leírásaik alapjául. Mindkét kórkép

bizonyára a senilis elváltozások keretébe tartozik és a priori egy pathologus sem fogja valószínűtlennek találni, hogy mindkét elváltozás egy és ugyanazon egyénnél előfordulhat. Ezen feltevésem Wecker megfigyeléseiben (l. r. különlenyomat p. 15) hatalmas támaszt nyer, ki a „degénérescence blanche” és az érhártya-verrucosítások együttes fellépését határozottan megállapítja s mindkettőt a retina senilis elváltozásául jelenti ki.

Ezeket előrebocsátva, nem nevezhetem tévesnek az általam először leírt bántalom „Hutchinson-féle elváltozás” elnevezését, mint ezt nagyrabecsült bécsi kollegám szememre veti, hanem egyelőre ragaszkodnom kell hozzá, míg kórboneztani leletek nem adják meg a kívánt felvilágosítást a kórképet okozó kórboneztani elváltozásokról. A retinitis circinata név csak a melléknevet illetőleg van jól választva, mert ez a betegség kezdeti szakának alakját fejezi ki, de ez esetben nem lohról, hanem mindenesetre a retina elfajulásáról van szó — *degeneratio circinata* jobb volna. Degeneratio albescens (Wecker) nem fejezi ki eléggé a betegség jellemző morfológiáját és túlságos tág keretű. Az általam választott elnevezés, melyet különben oly időben vettem fel, midőn még nagyon kevés pontos megfigyelés volt tárgyunkról közölve, semmit sem praejudicál és egy oly közleményből ered, melyet elég okunk van, themánk legelső irodalmi kezdőpontjának tekinteni.

Az iris mögötti hályogkivonásról.

Crainiceanu György tanártól Bukarestben.

A berlini X. nemzetközi congressus szemészeti osztályán a rokonszenvi szemlob kérdésének tárgyalása alkalmával következő rövid közlést tettem: „Az előttem szóló urak azon nézetéhez csatlakozom magam is, melynél fogva csak az inficiált sebek képesek rokonszenvi lobot előidézni. Ezen nézeteim oly operálási kísérleteimen nyugszanak, melyek a hályogkivonás átalakulására voltak irányozva. Én ugyanis a metszést a hátsó szemkamarába áthelyeztem s így a sugártestet is sértettem. Az ilyen sértés több szerző részéről rokonszenvi szemlobot előidézhetőnek tekintetik. Említenem kell, hogy kísérleteimet csak állaton tettem, ugyanis három házi nyúl szeméin, s mindegyikén azt tapasztaltam, hogy a *lege artis*, antiseptikusan ejtett sebzés nem vezet rokonszenvi lobhoz.”

Ezen rövid kísérleteket újabban a bukaresti katonakórház¹ szemézi osztályán ismételttem s kibővítettem, és az eredményt a következőkben van szerencsém közölni.

De mindenekelőtt egy pár szót a kérdés történetéről legyen szabad mondanom. Már Freytag 1721-ben tanácsolja a hályogot a sclerában ejtett metszéssel át kihúzni². Ép így tesz 1787-ben Bell is, tartván attól „nehogy az irisen keresztül menő hályog azt sértse” (?). Hasonló kísérleteket, hogy a hályogot a sclerán át huzzák ki, tett még Earle 1801-ben és Quadri 1818-ban, utóbbi 25 egyénen³. Utóbbi forrás értelmében Chelius hiszi, hogy ezen operálási módszer csak a történet keretébe esik még és Desmarres szerint „détectable”. Arlt⁴ sem ajánlja azt, míg Warlomont⁵ véleménye e szavakból kiderül: „ne pas rejeter d'une manière absolue l'extraction à travers la sclérotique”.

A mi kísérleteimet illeti, fagyasztott s a meridian irányában ketté metszett hulla szemén a topographikus viszonyokat szemügyre vettem és azon benyomást nyertem, hogy nagy különbség az iris előtti és annak mögötti sebzésnek gyógyulási folyamában nem létezhet.

Több házi nyúlra operáltam. A kötőhártyalebenyt néme-

¹ Dr. Calinescu et Polarca, Description et fonctionnement de l'hôpital central de l'armée roumaine (avec 46 figures). Bucarest, 1896. 40 38. p.

² Stoeber, Description du procédé quasi-linéaire de l'extraction de la cataracte. Paris, 1877. p. 25.

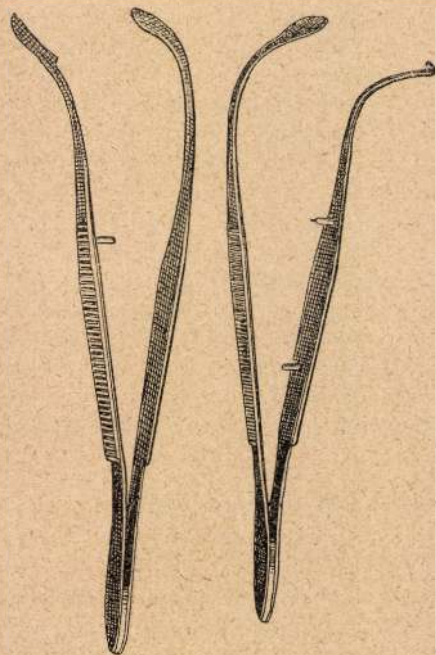
³ Zehender, Handbuch der gesamten Augenheilkunde. 1874. I. p. 354.

⁴ Arlt, Operationslehre in Graefe-Saemisch's Handbuch. II. p. 259.

⁵ Mackenzie-Warlomont, Traité pratique des maladies de l'oeil. Paris, 1857. II. p. 463.

lyiken 2—3 helyen összevarrtam, másoknál pedig magára hagytam s kötést is többnyire nem alkalmaztam, mert a nyúl ügyis letolja s szemét gyakran egy másik nyúl által lenyaltatja. Némely ilyen operált szemén a seb eetatikusán gyógyult be, de veszteség egy sem volt az eddig operált szem közt.

Eleinte a lencsét egy nagyobb discissiós horoggal húztam ki, azt a hátsó lencsetokon át behorgasztván, majd



ismét iriscipeszszel ragadtam a lencsét és kihúztam. Most pedig kétféle csipőt készítettem,¹ melynek egyike nagy és kemény hályog kihúzására szolgál, míg másika kisebb, lágyabb vagy Morgagni-féle hályog számára van szánva. Nagyságuk egy közönséges kis csipőé, s oldalra hajolva vannak, a mint ez a mellékelt fényképből is kitűnik. Az egyik két különböző szárral bír, t. i. az egyik szár Snellen-féle kacsnak nagyságával egyenlő kanál, a másik szár egy Graefe-féle kystitum.

A másik csipő két kisebb kacs-alakú kanállal bír.² Ezen eszköz nél-

különözhetővé teszi a bulbusra való nyomást operálás közben a hályog kihúzását céljából s így az üvegtest előesés is ritkábban történhet.

A míg más tényekkel léphetek a nyilvánosság elé, eddigelé csak azon véleményemnek adok kifejezést, hogy a mai asepsia mellett érdemes az iris mögötti hályogkivonást cultiválni, mert az jó sikereket ígér.³

Az asthenopia muscularisról.

Kocsis Elemér dr.-tól Budapestén.

Az élettan tanítja, hogy szemeinket bár akarattal is mozgathatjuk, mégis a szemmozgások legfőként reflexmozgások, melyeket a tisztánlátásra való törekvés vált ki. Hogy egy tárgyat tisztán lássunk, a szem alkalmazkodó izmának úgy kell beállítani a szemlencse törő erejét, hogy a tárgyról jövő fénysugarak a retinán egyesüljenek s a szemgolyókat pedig úgy kell befelé fordítani a belső egyenes szemizmoknak, hogy a látóvonalak éppen a tárgyon találkozzanak. Ez a kétféle izomműködés: az alkalmazkodás és összetérítés, a mint azt Donders megállapította, együtt jár; a minő távolra alkalmazkodik a szem, ugyanarra a távolságra térít össze. Kisfokú alkalmazkodás kisfokú összetérítést is hoz maga után, míg a nagyfokú alkalmazkodás nagyfokú összetérítést. Az agyból egyugyanazon idegen indul ki az ingerület az alkalmazkodó izmokhoz és a belső egyenesekhez.

A nervus oculomotorius magvai a corpora quadrigemina-ban a Sylvius-féle zsilib alatt vannak s gyökrostjai — mintegy 9 gyökfonálból álló sor — a sisakon áthatolva a híd felső szélén már egyesülve mint egy köteg jelennek meg.

Az agyból kiinduló és az alkalmazkodó izmokhoz és a belső egyenesekhez menő idegingerületnek pontosan kell megosztolnia, hogy az alkalmazkodás és összetérítés között meg legyen a harmonia. Emmetrop fénytörésű és normalis szem-

közötti távolsággal bíró szemeken kétségkívül megvan ez a harmonia, de változást szenved más fénytörés és más szemközötti távolság mellett. Hypermetropiánál az alkalmazkodásra nagyobb idegingerület szükséges mint az összetérítésre, myopiánál éppen megfordítva, az összetérítés kíván nagy idegingerületet, míg az alkalmazkodás keveset vagy semmit.

De módosítja az alkalmazkodás és összetérítés idegingerület között levő viszonyt a szemek közötti távolság is. Kicsiny szemközötti távolság mellett az összetérítés kisebbfokú mint a nagyobb távolság mellett, míg az alkalmazkodás ugyanaz marad egyenlő fénytörés mellett. A szemek közötti távolság befolyással van az alkalmazkodási és összetérítési idegingerület megosztásának különbségére hypermetrop és myop fénytörésnél is s ezt a különbséget a nagy szemközötti távolság növeli a myopiánál, a hypermetropiánál pedig csökkenti.

A kitartó munkálkodáshoz szükséges, hogy a szemek alkalmazkodási és összetérítési idegingerületének eloszlása harmoniában legyen. Kicsiny különbséget az alkalmazkodás és összetérítés idegingerülete között még legyőz észrevétlenül az ingereloszlás mechanizmusa, nagyobb különbség azonban már észrevehető, sőt kellemetlen tünetekkel jár. Ha az alkalmazkodást fokozott mértékben kell igénybe venni, míg az összetérítés normalis viszonyok között maradhat csak, mint hypermetropiánál, akkor a fokozott idegingerülettel végzett alkalmazkodás kellemetlen érzést, az asthenopia accomodativa tünetét kelti. Ha pedig — myopiánál — az alkalmazkodást csak csekély fokban vagy éppen nem kell igénybevenni, míg az összetérítésnek normalis, sőt esetleg még nagyobb fokot kell elérnie, akkor az összetérítési idegingerület fokozása az alkalmazkodás nélkül kellemetlen érzéssel jár s előáll az asthenopia muscularisnak nevezett tünet. Ezt az összetérítési nehézséget, melyet insufficiencia musculorum internorumnak neveznek, óhajtanám insufficiencia convergentiae-nek nevezni, mert az összetérítés nehézségét nem a belső egyenes izmok meggyengülésében vélem feltalálni, hanem a beidegzés elégtelenségében. Az izmok meggyengülését, majd elvékonyodását csak másodlagos tünetnek tartom, a mint az élettan szerint is a csökkent vagy hiányzó idegingerület miatt az izom elveszti erejét, megvékonyodik, megnyúlik.

Az insufficiencia convergentiae lényege tehát ezek szerint abban áll, hogy az egyenes és tisztán látás érdekében myopiánál csak alig igénybevett alkalmazkodással járó szintén csekélyfokú összetérítési idegingerületet külön magában meg kell növelni s mintán ez fárasztó, az egyik szem eltakarásánál — mikor az egyenesen látás úgy is megvan — enged az összetérítési idegingerület az alkalmazkodás fokáig és így az eltakart szem kifelé tér.

Sok esetben az alkalmazkodási és összetérítési idegingerület nagyobb különbségei mellett is jól dolgoznak a szemek, néha azonban kisfokú különbség is insuff. convergentiae-t hoz elő. Myopiánál megvan az ok az insufficienciára a csekély alkalmazkodás mellett szükséges nagyobb összetérítés kiváltásában, de azért még sincs insufficiencia minden myopiánál, még a hirhedt közepes myopiánál sem, a minek magyarázatául szolgálhat az, hogy az alkalmazkodás és összetérítés idegingerületének aránytalan elosztását könnyen elvégzi az arra rendelt mechanizmus. Viszont máskor kicsiny különbség a két idegingerület ereje között már nehezen váltható ki, úgy hogy egyszerűen a nagyobb szemközötti távolság miatt szükséges fokozottabb összetérítés is insufficienciát hoz maga után már az emmetrop fénytörésű szemeken is.

Emmetropiánál az insufficiencia okául a tankönyvek a belső egyenes szemizmok világrahozott gyöngeségét vagy a külső egyenesek erősebb voltát hozzák fel. Én azt gondolom, nem annyira az említett izmokban, hanem sokkal inkább a beidegzésben keresendő a baj oka. Nevezetesen a szemek közötti nagyobb távolság mellett aránytalanul kell válnia az alkalmazkodási és összetérítési idegingerület elosztásának, több idegingerületet kíván az összetérítés s ennek kiváltása hozza magával az insufficienciát. Ha a szemek között levő normalis távolság mellett, a mi 60 mm.-nek vehető, az alkal-

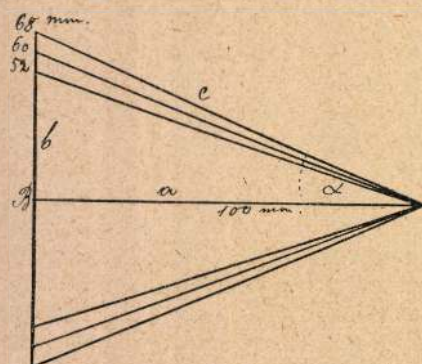
¹ Bröhm-féle optikus czégnél, Bucarestben, Calea Victoriei 76.

² Szerző kacsot kért a mechanikustól, de ő könnyebb munka miatt kanalat csinált.

³ Crainiceanu tanár ezen cikkelye és a következő Kocsis dr.-tól a múlt februári, ú. n. jubileumi számból elkéstek volt.

mazkodás és összetérítés között megvan a kellő arányosság, akkor egy jóval nagyobb szemközti távolság mellett, például 68 mm.-nél, egy bizonyos fokú alkalmazkodáshoz nagyobb fokú összetérítés kell mint az előbbi esetben, s így felbomlik a harmonia és fokozott ideg ingerülettel kell pótolni ezen összetérítési többletet. Kisebb szemközti távolság mellett, például 52 mm. mellett, kisebb az összetérítés szögértéke is s így összetérítési ideg ingerület felesen áll rendelkezésre.

Hogy a különböző szemek közötti távolság mellett egy bizonyos fokú alkalmazkodáshoz minő fokú összetérítés szükséges, az a mellékelt ábra nyomán könnyen kiszámítható, hol egyszerűsítés okáért a derékszögű háromszögek szabályait veszem igénybe. A B oldal a szemek közötti távolság s ennek felét jelzi b , mint egyik befogója a derékszögű háromszögnek. Az a a másik befogó a tárgy távolságát, illetőleg az alkalmazkodást jelzi. Keresendő az α szöglet, mely



természetesen majd kétszer veendő, hogy az egész összetérítési szöget adja.

$B = 60 \text{ mm.}$, tehát $b = 30 \text{ mm.}$; $a = 100 \text{ mm.}$;
 $\tan \alpha = b : a$; $\tan \alpha = \frac{30}{100}$; $\log \tan \alpha = \log 0.30$;
 $\log 0.30 = 0.4771213 - 1$; $\log \tan \alpha = 9.4771213$;
 $\alpha = 16^\circ 41' 57''$.

Tehát

60 mm. szemközti távolság mellett
 10 Dioptria alkalmazkodáshoz szükséges $33^\circ 23' 54''$ összetérítés
 68 mm. szemközti távolság mellett
 10 Dioptria alkalmazkodáshoz kell $37^\circ 33' 22''$ „
 52 mm. szemközti távolság mellett
 10 Dioptria alkalmazkodáshoz kell $29^\circ 8' 53''$ „

Látható ezen számokból, hogy a 68 mm. szemközti távolság mellett $4^\circ 10'$ -cel nagyobb összetérítés szükséges mint 60 mm. mellett. A rendes munkatávban ugyan kisebbek ezek a fokkülönbségek, a mint a következő adatokból látható:

60 mm. szemközti távolság, 333
 mm.-re alkalm. $10^\circ 17' 7''$ összetérítés
 68 mm. szemközti távolság, 333
 mm.-re alkalm. $11^\circ 38' 54''$ „
 52 mm. szemközti távolság, 333
 mm.-re alkalm. $8^\circ 55' 12''$ „

Tehát 68 mm. szemközti távolságnál $1^\circ 21' 47''$ -vel kell több összetérítés mint a 60 mm.-nél. Csekély ugyanezen fokkülönbség, mely a különböző szemközti távolság mellett az összetérítést illeti, de mégis megvan, s ha nem okoz is mindig az összetérítésben rendellenességet, nem kicsinyelhető, mert hiszen nincs insufficiencia minden közepes myopiánál sem.

Ha meggondoljuk, hogy az összetérítésnek milyen pontosnak kell lenni, hogy a látóvonalak a tárgyon találkozzanak, érthető lesz a nehézség az ingerület kellő elosztásában, midőn az alkalmazkodáshoz szükséges ingerületnek megfelelő összetérítési ideg ingerület nem elégséges, hanem ezt még pótolni kell, s épen ezen pótlék az, mely az összetérítés elégtelenségének mértéke is. Tapasztalásom szerint az összetérítési elégtelenséggel küzdő emmetropiás szemek a normalisnál nagyobb szemközti távolsággal bírnak.

De nemcsak emmetrop, hanem hypermetrop szemeken is találunk insufficienciát, sőt periodikus kifelé álló kancsal-ságot, leggyakrabban gyermekkorban, a mikor a hypermetropiás fénytöréshez várt befelé kancsalítás helyett jelentkezik. Ezen kifelé kancsalításba könnyen átesapó insufficiencia

okául szintén az alkalmazkodás és összetérítés ideg ingerületének aránytalan megoszlását tekintem, csak hogy itt a hypermetropiás szem a relative nagy és így zavaró összetérítés, melyre máskor rendesen befelé kancsalítás támad, épen ellenkezőleg elernyed, az ideg ingerület ezen részének csökkentése folytán, s mivel az összetérítési ingerület azon mértékét még sem találja el az illető egyén, melynél a kettős képek ne zavarnák, s hogy ettől szabaduljon, a külső egyenes szem izmokat gyakorolja be a szem jól kifelé fordítására s a kettős képek eltüntetésére. Lényegében nem történik itt egyéb, mint hogy a szem alkalmazkodási ingerületét kapja meg csak, az összetérítést nem, valamint a myopiás szem csak az összetérítési ideg ingerületet kapja meg, az alkalmazkodást csak csekély vagy épen semmi fokban. S ha Donders óta el tudjuk választani mesterségesen az alkalmazkodás és összetérítés ideg ingerületét, bizonyára megtörténik az kórosan is.

A szintévesztés kijavitása.¹

Irtá: *.*.

1847-ben születtem. Csak a későbbi években tudtam meg, hogy boldogult atyám és fivérem is szintévesztők voltak (ú. n. daltonisták), már kezdetben különös hajlamom mutatkozott a rajzoláshoz és már kora ifjúságomban kezdetem festegetni.

Ezen foglalatosság közben kezdtem észrevenni, nagy meglepetésemre, hogy a színeket nem olyannak látom mint társaim, kik ezért gyakran kinevettek, és zárkózottá tettek ezen a téren és óvatossá, noha én részemről erősen meg voltam győződve arról, hogy ők látnak tévesen. Már kora ifjúságomban észleltem ezen tüneteket.

A középiskolák felsőbb osztályait végezve, rajztanárom bevezetett a festészet technikájába is, a mely foglalkozást mindenkor hévvel és egész odaadással űztem.

A képek (minták) másolásánál (mert ezzel kezdődött a tanítás) azonban feltűnőbb eltérések kezdettek mutatkozni, melyeket azonban én nem igen vettem észre; így pl. egy kék eget, sárgás felhőkkel, másolva, az égszínkék (cobalt) helyett párisi kéket használtam s a levegő színe, eltérőleg az eredeti mintától zöldes-kék lett, társaim és tanárom nyilatkozata szerint, a mit én nem bírtam megkülönböztetni.

A rózsaszínű szalagot, összetévesztettem a halvány kékkel. A piros ajkakát és nyelvet kékesnek, tintaszerűnek láttam, hasonlónak a rózsát is. A sötétbordeaux vöröset feketésnek láttam. A sötétzöldet a sötétvörösbarnával tévesztettem. A vért inkább olyan színűnek láttam mint a sötét színű bouteille-a palaczkokat. A halványszürkést a halványszürkés zölddel stb. tévesztettem össze. De a színeket mégis különféleképpen láttam. A szivárványból (spectrum) leginkább a kék és sárga szín tűnt fel, sejtettem ugyan ott még más színeket is, de nem bírtam azokat pontosan felismerni s megnevezni.

De még mindig azt hittem, hogy mások tévednek és nem én, másrésről pedig abban a reményben voltam, hogy a különféle színárnyalatok felismerését úgy kell mindenkinek megtanulni és elsajátítani, szóval sokat kezdtem a színekkel foglalkozni.

Miután a középiskolákat befejeztem, egy ellenállhatatlan hajlamtól vezetve a képzőművészeti pályára mentem; a mely pályámra atyám, mintán mint ügyes rajzoló, már az iskolában is elismerést szereztem, nyugodt lélekkel küldött.

Az első évfolyamot leginkább az antik és a természet utáni rajzolással, továbbá az elméleti tanulmányokkal töltöttem, s jó eredménnyel végeztem. A későbbi tanévben azonban, a mint festeni kezdtem, tanárain csodálkozva látták, hogy a színeket én másképpen látom mint ők és másképpen használok, de egészben véve, műveim nem voltak művészi érzék nélküliek, sőt némelyike a különböző látás mellett is, megnyerte a néző tetszését.

Még mai napig is kegyelettel őrzöm az első arckép-

¹ A közlést egy vidéken működő középiskolai tanár, tehát nem szakember irta. Kisérlétei és eredményei annyira tanulságosak és értékesek, hogy azok további folytatása érdemesnek látszik.

tanulmányomat, a melyet ezen válságos időben festettem, s még mai napig sem hinné ezen képről senki, hogy azt egy szintévesztő festette. Azon képtanulmányok, a melyeket a természet után festettem, tehát a hol a színkeverésben szabadabban mozogtam, sikerültebbek voltak; de ha eredeti festmény után készítettem műmásolatokat a képtárban, ott már felülbek voltak a tévedések.

Ezen körülmény már megdöbbenett s kétségbe estem jövőm iránt.

Elmentem az egyetemi könyvtárakba s lázas hévvel s kitartással buvárokodtam olyan orvosi és tudományos könyvek után, a melyek talán felvilágosítást nyújtanak bajomról.

E felvilágosítást, fájdalom mihamar megtaláltam, de megtaláltam azt is, hogy a tudomány ezen veleszületett hibán javítani, segíteni nem birt, s miután erről akkor végleg meggyőződtem s arról is, hogy mint festőművész pályát tévesztettem, erről a pályáról lemondtam s más pályára léptem. A festészetről azonban nem mondtam le végképpen s még mai napig is üzöm azt, hogy mily eredménnyel, azt csak munkáimmal birnám demonstrálni, csak annyit jegyzek meg, hogy *ma már egy oly segédeszközzel rendelkezek, mely mégis lehetővé teszi a munkát.*

Ezen időben a következő könyveket olvastam:

F. Holmgren, De la cécité des couleurs, Paris, 1878.

Goethe, Farbenlehre.

Graefe und Saemisch, Handb. d. gesamt. Augheilkunde.

Természettudományi Közlöny, 1874, Klug N., A szintévesztésről.

Természettudományi Közlöny, 1882, Szili Adolf, A színvakságról.

Természettudományi Közlöny, 1879. Dr. Imre József, A hibás színlátásról.

Mauthner, Ueber d. Wesen und Bestimmung d. Farbenblindheit.

Das Doppelspectroscop. e. Analyse der Farbenblindheit. (Centralbl. f. Augheilkunde.)

Helmholtz: Physiologische Optik.

Der Simultancontrast zur Diagnose der Frbblind. (Cohn, Breslau.)

Végre: A Revue Scientifique-ben, J. Delboeuf et Spring tanároktól: Recherches experimentales et theoretique és sok más idevágó művet.

Ezek mind hírneves és a tudományos világ előtt ismert és becsült tekintélyek, de inkább elméleti fejtegetések és hypothesisok; azzal, hogyan lehetne azt corrigálni, csak a két Liège-i tanár Delboeuf et Spring észleleteiben találtam meg az első nyomot. Megjegyzem, hogy ezek értekezése azért volt reám nézve a legérdekesebb, mert Delboeuf tanár, maga is szintévesztő.

Tehát, most már tudtam, hogy a Young-Helmholtz-féle hypothesis szerint, vörös-zöld színvak (daltonista) volnék. Fellelkes ezen theoriát emlegetnem, hisz a tudományos világ és minden physikus ismeri s elég elastikus theoria, hogy vele a színvakság több fajtát ki lehet magyarázni; de engem nem győzött meg s elég vakmerőség részemről azt állítani: hogy biz az csak feltevés.

A másik párt (mert tudtommal ma már két fő párt van ezen elméletnél), mely inkább elfogadható, a Hering-féle, a melyet 1874-ben hirdetett mint új színérzéki elméletet.

A Young-Helmholtz elmélet szerint 3 alapérzetük van, vörös, zöld, ibolya. (Lásd: a mellékelt színes rajzot.) Ewald Hering tana szerint: színérzékeinknek változatossága négy alapérzetre, a vörös-zöldre és kék-sárgára oszlik.

A vörös-zöld szintévesztés mindig együtt jár; ezt saját tapasztalatomból ismerem. A kék-sárga szintévesztést azonban, dacára annak, hogy 10 éven át néhány ezer tanulót megvizsgáltam, nem sikerült felfedeznem.

Szerény nézetem szerint a színek érzete, elválaszthatatlan fogalom a spectrumban előforduló színekével, azért csakis természeti összefüggés lehet az: hogy a spectrumban levő 4 főszín, ú. m. vörös-, sárga-, zöld-, kéknek ugyancsak 4 fő-érzőideg felel meg, a melyeknek, kell hogy meg legyenek

mind; lehet azonban, hogy néha bénulva, néha pedig talán egy közeg által irritálva.

Főtörékvésem czélja most már nem az volt, hogy a theoriákat fejtegessem, hanem, hogy miképpen volna lehetséges látóérzékeimet úgy corrigálni, hogy azok a normalis látásúakkal egyenértékűek legyenek s hogy én úgy lássam a színeket mint a többség s azon okot kerestem, a mely a szememben meglevő színérző idegek funkcióját bénítja vagy irritálja; mert tapasztalataim és későbbi kísérleteim tökéletesen meggyőztek arról, hogy mind a 4 főszín iránti érzékeim tényleg csakugyan megvannak, csak hogy azok rendes funkcióját valami (talán közeg) akadályozza.

Ekkor jutott kezembe a „Revue“ azon száma, a melyben Delboeuf et Spring már egy lépést tettek e téren előre s a szintévesztés correctióját experimentálásukkal be is bizonyították s sikra szálltak a tudományos világ azon állításával, hogy a szintévesztés nem corrigálható.

Nevezett belga tanárok kísérletei igen érdekeltek, ők azon szempontból indulnak ki, hogy bizonyos segédeszközökkel képesek leszünk a hibát kiegyenlíteni. Delboeuf tanár, ki maga is (vörös-zöld) szintévesztő, a fuxin-oldatban oly színű folyadékot talált, a melyen keresztül nézve ő az eddig hasonló színűeknek látott tárgyakat, egyszerre különböző színben látta és melyeknek segítségével színérzéke, majdnem olyan lett, mint az ép színérző. Ezt én is tapasztaltam magamon. Tanulmányait társával, ki normalis látású volt, folytatva, oly színű folyadékokra tettek szert, melynek segítségével az ép látású Spring, úgy lásson, mint a szintévesztő Delboeuf. Meg is találták. A nickel-chlorür zöldes folyadékján, tüveglemezen át tekintve, az ép látású Spring úgy látta a színeket, mint a szintévesztő.

Ugyanezen kísérletet magamon is észleltem; a rosalin-oldat corrigálta érzeteimet a nikel-chlorür vagy pedig más világoszöld színes üveg másokat szintévesztőkkel változtatott át; úgy és olyan színben látják a világot, mint a daltonisták.

Észleleteik arra vezették a két tudóst, hogy a Young-Helmholtz-féle hypothesis elhagyták és a színvakság jelenségeit nem egy színérzéki elemnek hijával vagy bénult állapotával magyarázták, hanem a zöldnek túlságos érzékenységgel, melyet a rózsaszínű folyadékon át nézve, le lehet győzni.

Kísérleteimet ez irányban folytatva egy egészen új világ tárult fel előttem, üde, vidám, élénk színű, a vörös szín égett, a zöld, a melyet eddig inkább sárgásnak láttam, megváltozott egészen; az ajkak, nyelv pirossága élénk lett s másképpen mutatkozott mint eddig, a rózsza s a virágok színe tetemesen élénkült stb., szóval csak most értettem meg teljesen a normalisan látóknak kifejezéseit. Ezen kísérletek egyszersmind arról is meggyőztek: hogy mind a vörös, mind a zöld színérző idegeim meg vannak, nem hiányzanak s képesek helyesen functionálni, csak valami ok van, a mi őket ebben gátolja, ezt kerestem. A két liègei tanár a zöld érzőideg túlingerlésének tulajdonították, a mibe azonban én belenyugodni nem tudtam.

Irtam nekik, hogy nem lehetne-e ezen correctiókhoz olyan színes üvegeket használni, a mely a fuxinnal való és kissé alkalmas kísérletezés helyett practikusabban volna alkalmazható.

Delboeuf tanár, a következő választ volt szives küldeni:

„Monsieur!

Nous n'avons publié sur la question du Daltonisme, que l'article que j'ai l'honneur de vous adresser, le même temps que cette lettre. Nous n'avons plus continué nos recherches, pour diverses causes, dont la principale est que nous sommes tous deux occupés d'autres sciences et recherches. Nous n'avons pas fait de lunettes, mais nous regardons la chance comme désirable et possible.

Recevez Monsieur, mes salutations les plus distinguées etc. etc.

Liege, le 19 juillet 1884.

J. Delboeuf.“

Ők tehát már kísérleteikkel felhagytak, de a szemüvegek készítését kíváncsúnak és kivihetőnek találták. Ekkor készítettem egy kettős falú szemüveget, a melyet kellő nuance-ú

rosalin-oldattal (borszesz-glycerinben) töltve meg, igen jó sikerrel használtam, sőt még a festésnél is használhattam. De a fuxin mint anilinfesték nem színálló s hamar elveszti élénk színét s a duplafalú szemüveg állandó viselése nem felelt meg, inpracticus volt. A színes üvegekhez fordultam, kerestem különféle színfokozatú rózsaszínű üvegeket s azokat szemüvegbe foglalva próbáltam s mai napig is a legjobb eredménnyel használom. Háromféle színfokozat van, a legvilágosabb a szobában való munkához és két sötétebb fokozat a szabadban való használathoz, vagy az erős napfényben.

Ezen üvegeket igen nehéz kapni, évekig vadásztam majdnem minden hazai üvegyárban, de sajnálattal kellett constataálni, hogy mégis csak a külföldre szorultam.

Hosszas keresés után végre sikerült Hatsek Béla, budapesti látszerész úrnak szíves közreműködésével, ilyen üveget szerezni.

Ezen üvegeknél, csakis a legtisztább rózsaszínű használat, az olyan, amely a feloldott és hígított *rosanilin* színét legjobban megközelíti, de ilyeneket kapni nehéz. Az arany-rubin üveg világos fokozatban jó. A rézzel festett vörös üveg azonban nem felel meg.

Legjobb szín a világos rózsaszínű, de ez is az illető individuálásától függ és azon mértéktől, amely mérvben az illető szintévesztő. Hatsek úr megígérte, hogy ilyen corrigáló rózsaszínű üvegeket készletben fog tartani s többféle színárnyalatban hozza majd forgalomba.

Elvitázhatlan tény tehát az, hogy ezen rózsaszínű üvegek az én látóérzékeimet tetemesen corrigálták és kísérleteim arra vezettek, hogy szintévesztésnek az okozója nem a zöld ideg túlságos ingere, mint Delboeuf és Spring urak állítják, hanem kell hogy az érző idegek előtt egy *zöldes közeg legyen*, amely úgy hat az *idegekre*, mint a színes zöld üveg a normalis látó szemére és azt átváltoztatja daltonistává.

Erre a kérdésre azonban végleges választ csak az anatomia nyújthat. Minden szintévesztőnek a szemében meg van az én szerény nézetem szerint, a színérző ideg mind, de vagy bénult vagy ha nem, akkor irritálva lesz egy zöldes színű közeg által, melylyel vagy az *üvegtest*, vagy a *lencse* bír és ezek alterálják az idegeket éppen úgy, mintha zöldes üvegen át nézne.

Az egész egyszerű számtani feladat. Ha a négy alapszínérzéshez hozzáadjuk a fölösleges zöldet, ez a látóideget olyan helyzetbe hozza mint az ú. n. daltonistákét.

Ugyanezen az alapon fejthető meg a rózsaszínű üveg által eszközölt *correctura*, amely által a vörös is és a zöld is érvényre jut.

Csak hogy a tökéletes, ideális *correctura*, éppen azért, mert számolási feladat, azért nem történhet meg, mert a *zöldes irritáló közeg* megmarad és nem távolítható el, a vörös szín ugyan javítja és neutralizálja, de ezáltal bizonyos világossági tónus értéket veszít, a *correctio* tehát csak korlátolt, de mégis meg van s igen nagy haladás s idővel tökéletesbithető.

Ha az anatomia tényleg constataálni fogja azt: hogy a daltonista szemidegei előtt levő átlátszó közegek *zöldes* színűek, akkor minden hypothesis megszűnik a daltonismusra vonatkozólag, de ez csak úgy volna lehetséges, ha még az életben pontosan meghatároznak több (daltonistát) szintévesztőt s ezek halála után constataálják a fentebbi zöldes közeget mint okozót, a szem boncsolásával.

Az ideális corrigálás pedig csakis az által volna elérhető, ha ez a zöld közeg valami reagentiával eltávolítható volna, a mi tekintve azt, hogy a santonin képes sárga látást idézni, nem látszik lehetetlennek.

Klinikai közlemények.

I.

Ophthalmia electrica egy esete.

Közli *Leitner Vilmos* dr. szemklinikai gyakornok.

Villamos fény által okozott elváltozásokat a szemem legutóbb volt alkalmunk észlelni az egyetemi szemklinikán. A kérdés fontossága és érdekessége, valamint az idevágó köz-

lések csekély számánál fogva, legyen szabad az esetet röviden ismertetnem.

N. S. 20 éves lakatos, a közúti villamos vasút egyik kocsijának javításával foglalatoskodva, munkástársa véletlenül a vezeték két polusát érintkezésbe hozta, minek következtében az 50 ampère erősségű áram, körülbelül egy négyzetdecimetryi szikra alakjában erős csattanással csapott át. Társa, ki közvetlenül, kezében vasszerszámmal idézte elő a villamos lángot, karján kiterjedt égési sebeket szenvedett el, egyéb bántódása azonban nem esett. Ő maga a vezetékekkel semmiféle összeköttetésben sem volt s a kisülés pillanatában a szikrától 40 centimeter távolban állott; ütést vagy rázódást nem érzett, égési sérülésnek nyoma sem volt. Ellenben — így adja elő — a nagy fény úgy elkáprázta, hogy utána 5—6 percig teljesen vaknak hitte magát. Majd látása csakhamar visszatért, de kissé ködös maradt; mindkét szeme, főleg azonban a jobb, igen kivörösödött, könnyezni kezdett, s égető, szúró fájdalmak támadtak szemeiben. Állapota az otthon eszközölt hideg borogatásokra nem javult, s így másnap, márczius 30-ikán, klinikánkon keresett orvoslást.

Mi azt találtuk, hogy látásélessége a bal szemem a rendes $\frac{3}{4}$ -e ($\frac{5}{7}$), a jobbon csaknem ugyanannyi ($\frac{5}{7}$); színlátása jó. Mindkét szem segéd- és védőszervei épek, égési sehol sem található. Szemrések a fennálló fénykerülés miatt állandóan szűkebbek valamivel a rendesnél; könnyezés. Tarsalis conjunctivák duzzadtak, sima felszínűek, belőveltek, s híg könyes-nyákos átlátszó váladékkal fedték. A kissé fellazult szemtekei kötőhártyán a sűrű ágazatos belőveltségen kívül keskeny, de kifejezett ciliaris injectio is látható. Ez izgalmi tünetek nagyobb fokban vannak jelen a jobb szemem, mint a balon. Jobb corneán oldalról való megtekintésnél számos szabálytalanul elszórt, finom dara mekkoraságú, kevésbé kiemelkedő, csillogó göböske látható, melyek inkább azt a benyomást keltik, mintha felfoszlott és összekunkorodott epithelből állnának, sem mint üreges hólyagocskák volnának. A bal corneán felül csak egy ily hasonló göböske található; egyébként mindkét cornea teljesen tiszta, átlátszó. Csarnok, valamint az iris is normalis viszonyokat mutat. Pupillák egyenlők, kerek, a rendesnél szűkebbek; a jobb pupilla fényreakciója kissé renyhe. Mind a két lencse, üvegtest tiszta. Szemfenéken feltűnő elváltozás nem található. A beteg homokérzésről és a szemgolyó elülső részében székelő fájdalomról panaszkodik, mely kivált a jobb szemét illeti.

Gyógykezelésünk napjában 3-szor végzett langyos borsavas borogatásból és a jobb szemre alkalmazott zárókötésből állott, mely mellett a cornea érdessége és a ciliaris injectio 2 nap alatt megszűnt, s a kötőhártya izgalmi állapota is négy nap múlva annyira visszafejlődött, hogy az egyént még néhány napi szemdiaetára utalva, teljes látásélességgel és a csekély ágazatos conjunctiva erezettségétől eltekintve, minden tekintetben ép szemekkel, a klinikáról április 2-ikán elbocsáthattuk.

Adott kör esetben tehát a szem elülső képleteinek gyuladással állottunk szemben, melyet muló vakság előzött meg. Ok gyanánt kétségen kívül az elektromos szikra vehető fel és pedig oly értelemben, mint azt *Ogneff*¹ és *Widmark*² meggyőző kísérletei után következtethetjük, hogy t. i. a villamos fényben foglalt igen sok ibolya és hyperibolya sugár, s nem maga az erős fény, a gyuladást okozó tünete okozója; hőhatásról szó sem lehet. A kísérleteket több emberen tett megfigyelés is igazolja; *Widmark* 12 ily *ophthalmia electrica* esetét gyűjtötte össze az irodalomból, melyekhez azóta *Freeland*³ csatolt még egyet; mindezekben villamos fény (nem villámlás) behatására hasonló, de enyhébb elváltozások keletkeztek a szemem, mint a minők hóvakságnál tapasztalhatók. Esetünk annyiban is megérdemli a figyelmet, hogy a leirt cornealis elváltozásokat *Widmark* csak a hóvakságnál tartja bebizonyultaknak, míg azt az *ophthalmia electrica*-ra nézve beigazolatlanak találta.

¹ Archiv für die gesammte Physiologie. Bd. 63.

² Beitrag zur Ophthalmologie. 1891.

³ Brit. med. Journal, 1892, Jahresb. 1893. 536. 1.

II.

Koponyaalapi repedés okozta elváltozások a szemén.

Közli: *Leitner Vilmos* dr., szemklinikai gyakornok.

B. K. 32 éves napszámos f. évi márczius 9-dikén jelentkezett az egyetemi szemklinikán s elmondja, hogy 11 nap előtt körülbelül egy emelet magasságból egy balta a fokával tarkójára esett s ez időtől fogva a jobb szeme lecsukódott; látása e szemén egy hétig meg volt, ezután azonban romlani kezdett. A sérülést követőleg csakhamar valami különös érzés lepte meg jobb arczfélét, úgy érzi, mintha a szél fújná folytonosan; e kellemetlen hideg-érzés azóta állandóan meg van. Említi továbbá, hogy a baleset után rövid ideig a jobb fülére rosszul hallott.

Felvételkor a jobb szemrés teljesen zárt, active nem nyílik, passive tökéletesen; az alsó szemhéj állása normalis, a szemtekét jól borítja. Kötőhártyák élénken belőveltek. Szemteke a középállásban mereven áll, mozgékony, egy irányban sincs. Cornea bágadt; szélein körkörös futó, körülbelül 3 mm. széles, sárgásan beszűrődött s kissé besüppedt felszínű terület van, míg a középső rész borús. Cornea érintés iránt érzéketlen. Csarnok rendes mélységűnek ítéltető, tartalma kissé zavaros. Az iris fakó-zöldes színű, szárazsága és rajzolata csak elmosódottan vehető ki. Pupilla tág, kerek, sem direct fényre, sem consensualisan nem reagál. Fájdalmasság nincs s nyomásra sem idézhető elő. A látásélesség e szemén $1\frac{1}{2}$ méterről való ujjolvasásra szorítkozik.

Bal szem ép. Külső sérülésnek nyoma a testen sehol sem található.

A leírt elváltozásokon kívül a Korányi Sándor tanár által megejtett vizsgálat kiderítette, hogy a jobb trigeminus felső ága teljesen bénult, a középső ág félhűdött, a mozgató ág azonban ép; ugyanezen oldali nerv. facialis is pareticus. Bántalmazott tehát: a jobb III., IV., V., VI. és VII. agyideg. Az említett muló hallási zavart objective nem értékesíthetjük.

A beteg állapota 14 nap múlva annyiban mutatott változást, hogy a körkörös szaruhártyai tályog kevésbé terjedt, a cornea középső része is elzavarosodott, az egész cornea lelapult. A szem tárgylátását is elvesztette.

Az elsorolt tünetek okát azon traumában kell keresnünk, melyet a beteg előadása szerint valószínűleg az alsó nyakcsigolyák táján szenvedett el. Az 5 agyideg zavarára vezető ezen behatás módját pedig úgy képzelhetjük el, hogy az intracranialis vérzés következménye, melyet valószínűleg a contrecoup útján keletkezett koponyarepedés idézett elő; maga a csontos fal repedése bizonyára nem lehetett kiterjedt, e mellett szól az, hogy a beteg eszméletét nem veszítette el, orrából vagy füléből nem vérzett. Viszont azonban alig vehetnénk fel okul véredényrepedést, mely egyedül, a koponyaalapi sérülése nélkül jött volna létre.

Érdekes ez esetben az, hogy a teljesen fedett szemtekén a cornea és ezzel a látás tökéletes elpusztulására vezető gyulladás keletkezett, melyet másképp nem magyarázhatunk, mint a trigeminus bántalmazottságából folyó trophikus zavar következményét, miután a szemteke kezdettől fogva a lecsüngő felső szemhéj által védve volt. A trophikus zavar kifejtette a szemre nézve végzetes befolyását, pedig nem is az egész trigeminus bénult.

Ezen tény kísérlet értékével vetekedő tapasztalás s manapság, midőn a Gasser-dúc kiirtását mindinkább gyakrabban végzik, nagyon figyelemre méltó.

IRODALMI SZEMLE.

A múlt év második felében a *conjunctiva*, *cornea*, *iris* és *corpus ciliare* betegségeiről megjelent közlések közül a következőket emeljük ki.

A *conjunctivitis crouposa* és *diphtheritica* egymáshoz való

viszonyát fejtegeti *Vossius*.¹ Klinikai észleletei és bacteriologiai vizsgálatok után azt a nézetet vallja, hogy a diphtheriás kötőhártya-gyulladás vagy fibrin izzadmányt okoz magába a szövetbe, vagy álhártyás felrakódásként jelenik meg. Ezen utóbbi alak, melyet közönségesen croupos gyulladásnak tartanak, csak olyan diphtheria microorganismusok terméke, mint az előbbi, tehát korántsem oly jó természetű, mint a milyennek tartják. A diphtheritikus conjunctivitisek különböző súlyosságát *Peters*² is az okozó xerosis-, pseudo-diphtheria és diphtheria microorganismusok különböző virulentiájából magyarázza. *Schanz*³ a xerosis bacillust a *Löffler*-félével azonosnak, csak csekélyebb életképességűnek mondja. Közönséges kötőhártya-gyulladás képében, álhártya képződés nélkül lefolyt bántalomnál is talált *Aubineau*⁴ diphtheriabacillust.

A *trachoma* gyógykezeléséről szerzett tapasztalatai után *Eversbusch*⁵ az operatív beavatkozást elveti, s csak a cantoplasticát végzi oly esetben, midőn a szemrés rövidült vagy entropium áll fenn. A granulásan túltengett kötőhártyát és áthajtási redőt 5%-os pokolkő-oldattal érinti, ügyelve, hogy az a corneával és a szemtekei kötőhártyával érintkezésbe ne jusson. E rácséppentéseket eset szerint 5—8 napi időközökben végzi; később sárga kenőccsel való masszaget ajánl. Makacs pannusnál jodtincturával érinti a cornea széléből 2—3 mm.-re a corneára húzódó nagyobb edénytörzseket. *Segal*⁶ a trachoma ellen fájdalomcsillapító daczára, a tejsavat tartja jónak.

Cohn Á.⁷ a vakok intézetében tartózkodó egyénekről összeállított statiskájában azt találta, hogy *blennorrhoea* következtében vakult meg a német, osztrák és svájci intézetek növendékeinek átlag 20%-a, a hollandiaknak csak 13%-a. A *blennorrhoea* s növendékek közül 10 évesnél fiatalabb a német vakoknál 20%, az osztrákoknál 23%, a svájciaknál 31%, a hollandoknál valamennyi. 302,971 szembetegség közül 1938 volt *blennorrhoea*. 710 *blennorrhoea* gyermek közül 506 gyógyult, 141 maradót látási zavarral távozott, 63 kimaradt. 498 eset közül 293-szor volt gonococcus található. *Cohn* a *Credé*-féle eljárás gyakorlása mellett nyilatkozik.

*Walter*⁸ a *corpus ciliare sarcomájának* egy esetét közli, mely a hasonló ismert esetek közül az ötödik. A daganat melanosarcomának bizonyult, részben pigment nélküli kerek, részben erősen festenyezett szabálytalan többé-kevésbé orsóalakú sejtekből állott.

Az álképlet iridodialysist okozott.

Cornealis fibroma részletes kórszövettani leletét ismerteti *Gallenga*.⁹ A daganat 2 éves gyermeknél fejlődött a partialis staphyloma lemettsége után 1 évre. Erre, valamint a leírt analog képletekre szerző a bántalom lényegét legjobban kifejező heg-fibroma elnevezést ajánlja.

*Werther*¹⁰ 2 esete kapcsán az iris sarcomájáról szólva, kifejti, hogy az egyedül helyes therapeutikus eljárás az enucleatio. Több iridectomia útján látszólag gyógyult eset végre is enucleatio-ra került. A metastasis veszedelme sokkal fenyegetőbb, semhogy másként, mint enucleatioval gyökeres kiirtást eszközölhetnénk.

Pervers pupillaris reactio 2 esetét közli *Vysin*.¹¹ A perversitas abban állott, hogy a pupillák accomodatio közben tágultak, míg távolba nézéskor megszűkültek. Téves magyarázat elkerülése végett a vizsgálatot úgy ismételte, hogy távolba nézéskor 10 méternyire álló sötét falat rögzítettett, míg közelbe való fixálásnál a

¹ Samml. zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Augenhk. 1896. Arch. f. Augenhk. XXXIII. 3.

² Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. 1896. Arch. f. Augenhk. XXXIII. 3.

³ Berlin. klin. Wochenschrift. 1896. No 12. Arch. f. Augenhk. XXXIII. 3.

⁴ Thèse de Paris 1896. Arch. f. Augenhk. XXXIII. 3.

⁵ Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenhk. XXXIV. Arch. f. Augenhk. XXXIII. 3.

⁶ Wjestnik Ophth. 1896. A. f. Augenhk. XXXIII. 3.

⁷ Über Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen. stb. Arch. f. Augenhk. XXXIV. 1.

⁸ Arch. f. Augenhk. XXXII.

⁹ Arch. di Ottalm. III. Arch. f. Augenhk. XXXIV. 1.

¹⁰ Arch. f. Augenhk. XXXII.

¹¹ Zeitschrift f. böhm. Aerzte. 1896. Arch. f. Augenhk. XXXIV. 2.

szemeket erősen megvilágította; a jelenség ilyenkor is ismétlődött, jelölve annak, hogy nem a fénybehatás volt oka a visszás pupillamozgásnak. Az egyik esetben egy 31 éves egyénnél volt jelen az elmondott tünet, kinél vasuti szerencsétlenség után a traumaticus hysteria tünetei voltak feltalálhatók; mindkét szem látótere is koncentrikus szűkülést mutatott. A második esetben a pervers reactio időnkint jelentkezett migraenrohamokkal kapcsolatban. Ez esetet Vysin bizonyító erejűnek tartja arra nézve, hogy a hemisrania az agykéreg zavarából származik, s a pupilla reactiója is az agykéreg befolyása alatt áll.

A *sympathiás gyulladás prophylaxisáról* ír Abelsdorff;¹² szerinte a prophylactice végzett műtétek, mint az enucleatio, exenteratio bulbi, s az opticus resectiója közül egyik sem biztos sikerű, minek oka részben a dolog természetében, másrészt külső körülményekben rejlik. Enucleatio után is észleltek számos esetben közlődő gyuladást, s hogy az exenteratio után csekélyebb számú hasonló megfigyelés történt, annak oka az, hogy maga a műtét is ritkábban végeztetik. Magának volt alkalma a n. opticus resectióját követő sympathikus gyuladást is látni, pedig e műtétet Schweigger tanár évek óta balsiker nélkül alkalmazza. Úgy véli, hogy valamennyi prophylactikus műtét jó eredménye főleg az idejekorán való beavatkozástól függ, s hogy tényleg jókor operáltunk-e, azt egyedül csak az eredményből ítéltethetjük meg.

Leitner Vilmos dr.

A múlt évben a *functionalis látás-zavarok* és a *szemfenéki bántalmakról* szóló közlések közül a következőket említjük: A *functionalis látás-zavarok* közül *hysteriás* eredetű amblyopiákról szól a legtöbb ismertetés, a melyekben tanulságos példáit látjuk úgy a tünetek, mint a keletkezési mód sokféleségének. *Strschewintzky* egyik betege hirtelen ijedség után jobb szemének látását elvesztette ugyanazonoldali hemianaesthesia kíséretében. Egy 15 éves hysteriás leánynál színvakság támadt ugyancsak féloldali érzéstelesség mellett; ezen esetben az érzéstelen oldalon ptosis (ü. n. ptose pseudoparalytique) és a retinális véredények megsűkülése adták az objektív leletet. 3-ik betege a színvakságnak egy saját-szerű alakját mutatta. Egy mozdonyról lezuhant gépész — a traumaticus neurosisnak összes tüneteivel — egyik szemére színvak lett, csakis a látótér közepén volt képes felismerni a vörös színt; bármely más szín megítélésére képtelen. Féloldali hysteriás színvakságban szenvedett *Hirschmann*nak 20 éves nőbetege is; ezen állapot 6 napig tartott. *Patrick* ugyancsak egy hysteriánál észlelt mindkétoldali teljes vakságot (amaurosis), a mely fájdalmak közt 48 óra alatt jött létre s hypnotikus suggestio útján gyógyult. *Barkan* ugyanily lefolyású bajt észlelt két férfibetegénél.

Schtschepotjew az epidemikusan támadó *hemeralopia* kór-oktanáról ír. Tagadja, hogy ezen betegség rossz táplálkozás, vagy túlerős fénybehatások eredménye lenne. Nézete szerint a bántalom miasmatikus eredetű, a mennyiben 1. csakis tavasszal és nyáron fordul elő, tehát bizonyos időjárással összefüggésben; 2. egymástól távolos, különböző vidékeken egyidejűleg lép fel s végül 3. különösen mozsaras, alacsony fekvésű vagy partmenti helyek lakóit támadja meg. A szerző mulékony vasomotorikus zavarokban keresi a baj lényegét.

Bull a *holdvakságnak* egy igen érdekes esetét közli. Egy matróz két társával együtt egy holdvilágos éjjelen a hajófedélzeten aludt. Reggelre mindhármuk látása annyira megromlott volt, hogy képtelenek voltak az árbócokat és kötélzetet felismerni. Kettejük sorsáról csak annyit tudni, hogy állapotuk még 2 hó múltán is ugyanaz volt; a harmadiknak látása később valamennyire megjavult. Ezen utóbbi 6 évvel később egy könnyű kötőhártya gyulladás miatt B. elé került, a ki mindkét szemlencsének mellső felszínén számtalan apró kékesfehér pettyet talált; a lencsék középrészei finom radialis csíkoltságot mutatnak, peripheriájuk ép. Más kóros tünet a szemeken nincs. B. szerint a lencséknek ezen elváltozásait a holdsugarak tartós behatása hozta létre. Hasonló esetet eddig senki le nem írt, bár *Demours* szerint hajóorvosok előtt régen ismert dolog az, hogy a fedélzeten alvó matrózok hemeralopiások lesznek.

¹² Arch. f. Augenhk. XXXIII. 4.

Demicheri vizsgálatai kimutatták, hogy a *retrobulbaris neuritis*nél a centrális scotomán kívül peripheriás scotomák is elég gyakoriak; különösen a látótér felső részének besűppedése mutatható ki gyakran, ha gyengébb világítás mellett nem nagyon élénk fehér objectummal vizsgáljuk a látótérrel. Az ilyen scotoma néha összefolyik a centrális scotomával s így a látótérben sectoralakú hiány keletkezik. A különbség a 2 scotoma között ilyenkor az, hogy a központi sc. absolutum, a peripheriás relatív, a mely körülmény bizonyítja azt, hogy a kettő egymástól függetlenül keletkezett. Ezenkívül D. még gyűrűalakú peripheriás scotomákat is mutatott ki. Prognostikus szempontból a környi scotomák fontosak, a mennyiben teljes gyógyulás nem igen várható oly esetekben, melyeknél ezen scotoma a centrális scotomával már összefolyt, vagy ahhoz már igen közel áll.

Fuchs a retina degenerációjának két kóralakját ismerteti, a melyek a degeneratio pigmentosa retinae-vel rokon természetűek. Ezek a *retinitis punctata albescens* és az *atrophia chorioideae et retinae*. Előbbinél a retinán elszórt fehér pettyek láthatók, utóbbinál a papillát bizonyos távolságban egy atrophias zona övezi körül, a melyen csak egyes chorioidealis ereket látni. A papilla és az atrophias öv között a szemfenék ép. Mindkét betegség úgy mint a degeneratio pigmentosa retinae is nyilván degeneratív természetű. Aetiologiájuk és tüneteik is megegyeznek. A szülők közötti vér-rokonság gyakran kimutatható; a bajok rendszerint a gyermekkorban keletkeznek, tüneteik: csökkent látóélesség, a látótér koncentrikus szűkülése és hemeralopia.

A *retinitis pigmentosa* öröklékenységeinek egy kiváló esetét közli *Schneider* egy oly családról, a melynek tagjai öt generáción keresztül szenvedtek e bajban. Ugyanezen közlésben ismerteti a *ret. pigm.* irodalmát is kritikai összefoglalásban. *Retinitis circinata* néven ír le két leletet *Nuel*. Az egyiknél a macula luteán egy sötét folt, a másikon egy 2 papillányi retinaleválás volt látható. Mindkettőnél a sárga foltól ki- és befelé apró fehér pettyek látszóttak két, concavításukkal egymás felé fordult félhold alakban elrendeződve. A retinaleválást N. szerint a sárga folt oedemája előzte meg, a sárga pettyek pedig zsirosan elfajult fehérszínű tartalmú izzadmányból állanak.

Siegfried a *sárga folt*nak traumatikus eredetű megbetegedéseiről ír. 167 esete közül, a melyekben a szemet tompa lítés érte, 29-nél talált elváltozásokat részint csak a sárga folt (Berlin féle homály), részint egyidejűleg a retinán is. Ezek közül 5 esetben pigmentes elváltozások és jelentékeny látás-zavarok maradtak vissza. A szerző felhívja a szemorvosok figyelmét ezen jelenségekre, a melyek nem csak tudományos, de törvényszéki orvosi szempontból is nagyérdekiek.

Friedenwald a *retinalis ütőerek* helyenkénti strangulációt észlelte 26 arteriosclerotikus egyénnél. Ezenkívül még diabeteses és glaucomás egyének szeméin is találkozott ilyeszerű elváltozásokkal.

Schöler a *látóideg* leválás operatív kezelésére nézve a következő directívákat szabja meg: 1. A beszűrés a lencsétől lehetőleg távol történjék, nehogy az abban amúgy is meglevő táplálkozási zavarok a hályogképződésig fokozódjanak. 2. A műtét ismétlésétől tartózkodjunk legalább addig, a míg a feszülés kiegyenlítődött. 3. Az üvegtestet mindig kimélni kell, mert ennek megsértése köteges hegeket hoz létre. Sch. szerint az ablatio retinae kezelésének fő-célja egy reactiv plastikus chorioretinitisnek létrehozása; ezen célból ő a szemteke felszínét jodtincturával ecseteli.

Nuel szövettani vizsgálatok és állatkísérletek alapján azt állítja, hogy a *retrobulbaris neuritis* és *mérgezési amblyopiák* lényege nem egy szövetszöveti neuritis, hanem hogy ezen bajoknál első sorban a sárga folt környékén levő dúcszövetek sorvadnak el s a látóidegnek megfelelő rostkötegei csak másodsorban betegednek meg. Ezek alapján könnyebben is volna megérthető az, hogy bizonyos kóros hatányok állandóan a látóidegrostoknak csak egy bizonyos csoportját támadják meg.

Highet egy különben egészséges betegén egy szerfölött súlyos gonorrhoeás infectio után 3 héttel mindkétoldali *neurorretinitist* talált, a mely gyógyulással végződött.

Zimmermann egy atrophiaival végződő *papillitist* észlelt egy egyénnél, a ki foglalkozásánál fogva rövid időközökben igen nagy

hőmérséki változásoknak volt kitéve. Egyidejűleg a beteg másik szemén abducens hűdés is keletkezett. Miután az illetőnél alkati bántalomnak legkisebb nyoma sem volt, Z. a papillist az u. n. rheumatikus származásúak közé sorozza.

(Lásd: Archiv. f. Augenheilkunde XXXIII. és XXXIV. kötet referatumaikat.)

Scholtz Kornél dr.

A nagyfokú rövidlátás operatív kezelése. 2 év óta, a midőn a nagyfokú rövidlátás operatív kezelésének kérdését e folyóirat hasábjain részletesen ismertettük, a közlések egész serege jelent meg. Akkor *Hippel* álláspontját fogadtuk el, ki nagy számu sikeres operálásai után is azt mondta: „bár a myopia kezelése az eddigi közlések szerint biztató, kiterjedt kísérletekre és beható tanulmányra van még szükség”. Azóta számos kérdés kielégítő megfejtést nyert, de még mindig vannak olyan részletek, melyek felderítésre várnak. Igen tanulságosak *Hippel* és *Sattler* közlései, melyeket Heidelbergben tettek, *Fukala* a Szemészet 1896. 6-dik számában ismertetett könyve, valamint *Panas* (Archives d'ophtalmologie 1897 Mars) és *Hirschberg* (Centralblatt für Augenheilkunde 1897 März) cikkei. Egyes esetek, melyekben a végleges eredmény még ismeretlen, nem alkalmasak a kérdés tisztázására. Annyi kétségtelen, hogy a korhatár kiterjesztése jogosult, mert úgy látszik, hogy a műtét végrehajtása idősebb egyénekben sem veszélyesebb.

A mi a myopia fokát illeti, 15—16 D-nál kisebb myopiát nem tanácsos operálni, mert különben hypermetropia keletkezik. A chorioidea elváltozásai nem bizonyultak veszélyeseknek, kivéve, ha a sárga folthoz már igen közel jutottak. A látásélesség javulása jelentékeny, bár *Sattler* ama figyelmeztetése, hogy tízszeres javulás eseteiben esetleg vizsgálati tévedés is szerepelhet, nagyon méltó a megszívlelésre. Mint az előre is várható volt, a műtét nem bizonyult absolute veszélytelennek. *Hippel* 60 esete közül 2 szem tönkre ment, *Sattlernek* is 68 szem közül 2 infectiója volt, pedig mint ismeretes, mindkettő elsőrangú operateur. Hogy a műtét az ablatio retinae nem akadályozza meg, arra is elég példa van (*Sattler* maga 4 esetet említ, ugyanennyit 50 eset közül *Thier*). *Fuchs* és *Rosenmeyer* még azt is erősítik, hogy a myopia az aphakiás szemben is növekedhetik. *Hippel* esetei azonban ez állítást nem támogatják. Végleges véleményt ez irányban csak évtizedes észlelés után lehet alkotni.

Ma már körülbelül 1000 operálást közöltek, de hogy mennyi volt a veszteség, azt bizony még ma sem tudjuk, mert a kedvezőtlen esetek elhallgatása nagyon divatos! Jól mondja *Hirschberg*, hogy az infectio veszélye ugyan minimalis, de teljesen nincs kizárva, az utólagos ablatio retinae százalékja pedig 7—10-re tehető. Nem szabad ilyen körülmények között csudálkoznunk, hogy *Panas* a Hôtel Dieu hírneves operateurje s *Hirschberg* is aránylag ritkán végezték, hogy *Fuchs* igen reservált álláspontot foglalt el s hogy *Haab* is a legnagyobb óvatosságra int.

Mindezek után annyi biztonsággal állítható, hogy *Fukala* eljárása a szemoperálások között ma már előkelő szerepet játszik. Végrehajtása indokolt, ha a rövidlátás 14—16 Dioptriánál nagyobb s üvegek nem javítanak eleget, ha ninesenek a macula lutea környékén súlyos érhártyaelváltozások. A második szem operálása csak akkor engedhető meg, ha az első gyógyulása már teljesen befejezett. Szóval, a 2 év előtt megjelölt szigorú óvrendszabályokon csak keveset enyhíthetünk. De így annál szebb eredményeket mutathatunk fel a nélkül, hogy veszteséget kellene szenvednünk. (A budapesti egyetemi szemklinikán végzett operálásokról annak idején bővebben.)

A műtét után bekövetkező refractio különbözet megközelítő előleges megállapítására *Hirschberg* egyszerű formulát ajánl: $Kx = \left(10 + \frac{Mx}{2}\right) D$, azaz a különbség Dioptriákban egyenlő a myopia felének és 10-nek összegével, például 20.0 D myopia esetén: $K_{20} = 10 + \frac{20}{2} = 20.0 D$, azaz Emmetropia várható. Annak tehát, hogy a különbség nagyobb, mint 10 Dioptria, nem a lencse nagyobb törési ereje az oka, hanem az, hogy az aphakiás

szemben a tengely hosszabb voltának más az értéke, mint a teljes szemben. Mig ugyanis a teljes szemben 1 mm. hosszabodás 3 Dioptriának felel meg, addig az aphakiás szemben csak 1.4 D-t képvisel (az $1:1.2 = F_1 F_2$ képlet szerint). Mennél nagyobb volt a myopia, annál nagyobb a különbözet. A tapasztalatok igazolják ez okoskodást.

G. E.

A trachomáról nagyérdekű cikket írt *Paikrt* es. és kir. vezértörzsorvos a Ludovica-akadémia közlönyében. A katonai egészségügyi szolgálat legfőbb vezérével azt tekinti, hogy a csapat között egyetlen trachomabeteget vagy akár csak arra gyanus egyént se tűrjenek meg. Második fontos rendszabály, hogy a legénység soha se használjon közös mosdó vizet és törül ruhát. Az 1889-iki kiadott szolgálati könyv szerint az újoncot a magasfokú trachoma a fegyveres szolgálatra alkalmatlanná teszi, ez alapon gyakran a ragályozás elkerülése czéljából már a kisfokú trachomákat és a trachomagyanusokat is felmentik. Az utolsó évek tapasztalatai arra a meggyőződésre vezették az orvosokat, hogy az újonczok a felmentés elérése kedvéért szándékosan fertőzik magukat. Ezért a IV-ik hadtest területén 1891 óta az újonczokat tekintet nélkül trachomájukra besorozták, fél évre gyógykezelésre a polgári hatósághoz utasították s ez idő elteltével a helyőrségi kórházba vették fel. Itt a kezelésen kívül katonai kiképzésben is részesültek. Ezen 5 éven át gyakorolt rendszabály eredményeül a trachomás védőkötelesek évi száma jelentékenyen megfogyott, és pedig míg 1891-ben 907, addig 1895-ben már csak 714 volt. Az a jó hatás is mutatkozott, hogy a trachomás újonczok közül a rendelkezésükre álló fél év után sokan már gyógyulva vagy javulva jelentkeztek. Az öt évi idő letelte után ez eljárást beszüntették s ime már 1896-ban újra 908-ra szökkent fel a trachomás újonczok száma. Ellentétben Feuerrel, ki trachoma kaszárnyák felállítását javasolja, azon nézetének ad kifejezést, hogy csakis a helyőrségi kórházak, szóval egészségügyi intézetek azok, hol a trachomások elhelyezése és gyógykezelése sikerrel eszközölhető, mert csak így biztosítható az orvos számára a fűszerep. Ezen rendszabályokkal teljesen egyetért a „Honvéd Orvos” B. jegyű ciklikirója, ki minden jel szerint a honvédorvosi kar magasrangú tagja s ismert szaktekintélye. — (Honvéd Orvos 1897. 3. sz.) A polgári és katonai hatóságok együttes eljárása az a mód, mely a baj kiirtására a legjobbat igéri.

VEGYESEK.

— Új könyvek.

Cohn. Ueber Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Holland und in der Schweiz. Berlin 1896.

Mooren. Die medizinische und operative Behandlung kurzsichtiger Störungen. Wiesbaden 1897.

Jackson. Skiaskopy. Philadelphia 1896.

Graefe. Das Sehen der Schielenden. Wiesbaden 1897.

Wientersteiner. Das Neuroepithelioma retinae. Wien. Deuticke 1897.

Ohlemann. Die Farbenblindheit und ihre Diagnose. Braunschweig 1897.

Cohn. 30 Jahre augenärztlicher und akademischer Lehrthätigkeit. Breslau 1897.

Greeff. Die Keratitis interstitialis in ihren Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen. Halle 1897.

Morton A. Stanford. Refraction of the eye. London 1897.

Stilling. Grundzüge der Augenheilkunde. 1897.

Hell. Der praktische Arzt als Augenarzt. Raversburg 1897.

Feuer. Die Verbreitung des Trachoms in Ungarn und das behördliche Vorgehen gegen dasselbe. Mit einer Karte. 1897. (Közelebb ismertetni fogjuk.)

— A vasuti és hajózási egészségügyi nemzetközi kongressust ez évben Bruxellesben tartják meg. A vasuti alkalmazottak látásvizsgálatát újból napirendre tűzték. Ezúttal a dissimulációt és a szintévesztést fogják megvitatni. Minthogy az orvosokon kívül a vasuti igazgatóságok is részt vesznek, a tárgyalások gyakorlati eredményt is ígérnek. A kongresszus védnöke: *De Bruyn* a közmunkák és földmívelés ministere.